

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

***CUIDADO ODONTOLÓGICO PROVIDO A PESSOAS IDOSAS
RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES GERIÁTRICAS DE PEQUENO
PORTE EM PORTO ALEGRE – RS: A RETÓRICA, A PRÁTICA E
OS RESULTADOS***

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA COMO PARTE DOS
REQUISITOS OBRIGATÓRIOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO
DE MESTRE EM ODONTOLOGIA, NA ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO SAÚDE BUCAL COLETIVA**

Profa. Dra. Dalva Maria Pereira Padilha
ORIENTADORA

Porto Alegre (RS), junho de 2001.

“Não é crível que ela, a natureza,
tendo disposto com sábia ordem as outras etapas da vida,
fosse se descuidar, qual mau poeta,
da última quadra”

Marco Túlio Cícero

*Dedico este trabalho a minha querida Vó Lúcia,
uma sobrevivente da Odontologia.*

“A vida é breve,
a ciência duradoura,
a oportunidade artilosa,
a experimentação é perigosa,
o julgamento é difícil.”

Hipócrates

AGRADECIMENTOS

Expresso toda minha gratidão àqueles que, de diferentes formas, contribuíram para a concretização deste trabalho.

Agradeço a Deus, por preservar minha saúde e iluminar meus passos.

A minha orientadora Profa. Dra. Dalva Maria Pereira Padilha, pela confiança, ensinamentos, exemplos e principalmente pelo companheirismo e amizade.

Às pessoas idosas, aos cuidadores e aos supervisores de casas geriátricas que participaram desta pesquisa, cedendo parte do seu tempo e expondo sua privacidade.

Ao programa de Pós-graduação em Odontologia, em especial, aos Prof. Dr. Manuel Sant'ana Filho e Prof. Dr. Pantelis Varvaki Rados.

À Coordenadoria do Mestrado em Saúde Bucal Coletiva, na pessoa da Profa. Dra. Sônia Maria Blauth de Slavutzky.

Aos demais professores do Programa de Pós-graduação em Odontologia, em especial à Profa. Dra. Tânia Maria Drehmer e à Profa. Dra. Claides Abbeg.

À disciplina de Estágio em Saúde Pública I / Odontogeriatría, a seus professores e aos funcionários.

Ao Prof. Julio Baldisserotto, o grande responsável pelo início da minha aventura odontogeriatría em Porto Alegre.

À Gerçi Salete Rodrigues, pela lição de vida profissional.

Ao mais que colega de curso, Eduardo Dickie de Castilhos, por acreditar na Odontogeriatría e pelo bom humor na medida certa.

Aos demais colegas do curso de Mestrado – Área de Concentração Saúde Bucal Coletiva, Ananyr Porto Fajardo, Elisabete Kasper, João Régis de Oliveira, Eliane Maria Teixeira Leite Flores, Elisiane Cardoso Hilgert e Roberto Sosinski, pelas experiências compartilhadas.

Ao colega Mário Augusto Brondani, pelo auxílio na realização dos exames clínicos dos idosos que participaram da pesquisa.

Aos amigos que conquistei e que me apoiaram em muitos momentos, Maurício Hammes, Fernando Hugo, Andréia Schaeffer, Alexandre Futterlieb, Leonardo Borba Soll, Marco Aurélio Camargo da Rosa e Ana Carolina Corso.

Aos funcionários da Equipe de Serviços da Vigilância em Saúde da Secretaria da Saúde do município de Porto Alegre.

À cidade de Porto Alegre, e àqueles que me acolheram.

Àqueles que ficaram em Florianópolis torcendo pelo meu sucesso nessa jornada.

Aos meus pais, Ana Maria e Fernando, pelo apoio incondicional.

Ao meu irmão, Fernando, pela sabedoria.

Ao Marcelo, por acreditar que valia a pena, e pela paciência.

Desejo a todos tantas alegrias quanto aquelas que vivi nesse período em Porto Alegre.

RESUMO

Dados demográficos confirmam o fenômeno do envelhecimento da população brasileira. Entretanto idosos que têm a ventura de desfrutar mais anos de vida, nem sempre conseguem fazê-lo com saúde. Isso é evidente, quando se analisa a condição de saúde bucal. Por várias razões, muitos idosos são institucionalizados para receberem a atenção e o auxílio de pessoal capacitado. Dentre os diversos serviços fornecidos, tanto hospitalares quanto de hotelaria, o cuidado odontológico não tem sido prioritário, e costumeiramente se observa flagrantes omissões. O objetivo deste trabalho foi identificar as características da provisão de cuidado odontológico proporcionado aos idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte no município de Porto Alegre/RS, e estabelecer sua relação com as condições de higiene bucal deste grupo. Combinando métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa, buscou-se coletar dados sobre a higiene bucal dos idosos institucionalizados e informações sobre cuidado odontológico com seus cuidadores e supervisores nas 12 casas geriátricas integrantes da amostra. A análise dos depoimentos dos supervisores e cuidadores demonstra que o cuidado odontológico não segue qualquer tipo de protocolo, padronização ou normatização, sendo realizado empiricamente e, em última análise, sob a responsabilidade e critério dos cuidadores. O índice de placa médio em dentes encontrado nos idosos resultou 2,24, segundo os parâmetros de Sillnes e Løe. No exame em próteses, segundo o índice de Ambjornsen, o resultado apurado atingiu 7,14. Embora os entrevistados considerem que o cuidado odontológico seja realizado com regularidade, questiona-se a sua eficácia diante dos altos níveis de placa observados. Os dados indicam que as características empíricas

dos procedimentos de higiene bucal, desassociados de adequada orientação técnica, especialmente odontogeriatrica, ante o descompromisso organizacional privado, institucional público, e até familiar, implicam um cuidado odontológico bastante insatisfatório, sugerindo que os idosos institucionalizados estão sendo negligenciados permanentemente no âmbito odontológico.

PALAVRAS-CHAVE: Odontogeriatrica, idosos, cuidado odontológico, instituições geriátricas, negligência a idosos.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fatores que influenciam a provisão de cuidado odontológico a idosos institucionalizados	63
Figura 2 - A retórica, a prática e os resultados no cuidado odontológico.....	148

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - População idosa, por faixa etária, residente no município de Porto Alegre, 2001.....	20
Tabela 2 - Idade e tempo de experiência dos cuidadores nas instituições pesquisadas, Porto Alegre, 2000: estatística descritiva (n=43).....	86
Tabela 3 - Categoria profissional dos cuidadores entrevistados, Porto Alegre, 2000	87
Tabela 4 - Informações sobre higiene geral e higiene bucal recebida pelos cuidadores das instituições pesquisadas, Porto Alegre, 2000.....	88
Tabela 5 - Idade (n=83) e tempo de institucionalização (n=81) dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000: estatística descritiva	91
Tabela 6 - Índice de placa em dentes e próteses totais dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000	91
Tabela 7 - Distribuição dos idosos examinados segundo o nível de dependência (índice de Katz)	92
Tabela 8 - Média, desvio-padrão e valores de p da quantidade de placa em dentes e próteses segundo sexo dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000.....	93
Tabela 9 - Média, desvio-padrão, e valores de p da quantidade de placa em dentes e próteses segundo a idade dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000	93
Tabela 10 - Média, desvio-padrão e valores de p da quantidade de placa em dentes e próteses segundo o preço mensal pelas instituições pesquisadas, Porto Alegre, 2000.....	94
Tabela 11 - Média, desvio-padrão e valores de p da quantidade de placa em dentes e em próteses segundo o número de cuidadores nas instituições pesquisadas, Porto Alegre, 2000	95
Tabela 12 - Média, desvio-padrão e valores de p da quantidade de placa em dentes e próteses segundo o tempo de institucionalização dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000	95
Tabela 13 - Análise de variância dos valores médios de placa em dente e em prótese segundo o nível de dependência dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000...	96

Tabela 14 - Valores médios de placa em dente segundo nível de dependência: significância por meio do teste LSD (Lower Significance Difference).....	97
Tabela 15 - Presença de placa em dente segundo o sexo dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000	98
Tabela 16 - Presença de placa em prótese segundo o sexo dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000	98
Tabela 17 - Presença de placa em dente segundo o grupo de idade dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000	99
Tabela 18 - Presença de placa em prótese segundo o grupo de idade dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000	99
Tabela 19 - Presença de placa em dente e preço mensal cobrado pelas instituições por residente, Porto Alegre, 2000	100
Tabela 20 - Presença de placa em prótese e preço mensal cobrado pelas instituições por residente, Porto Alegre, 2000.....	100
Tabela 21 - Presença de placa em dente e tempo de institucionalização dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000	101
Tabela 22 - Presença de placa em prótese e tempo de institucionalização dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000	101
Tabela 23 - Presença de placa em dente e o número de cuidadores nas instituições pesquisadas, Porto Alegre, 2000	102
Tabela 24 - Presença de placa em prótese e número de cuidadores nas instituições pesquisadas, Porto Alegre, 2000	102

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Sinais de abuso contra idosos	52
Quadro 2 - <i>Scores</i> e critérios do índice de placa em dentes de Silness e Løe (1963)	75
Quadro 3 - <i>Scores</i> e critérios do índice de placa em prótese de Ambjornsen (1982)	76
Quadro 4 - Atividades-componentes diárias para a determinação do índice de Katz	77
Quadro 5 - Critérios de dependência segundo índice de Katz	77
Quadro 6 - Casas geriátricas pesquisadas, localização, fundação e número de idosos residentes, Porto Alegre, 2000.....	80
Quadro 7 - Valor médio cobrado, por idoso residente, por mês nas instituições pesquisadas, Porto Alegre, 2000	82
Quadro 8 - Situação das instituições pesquisadas perante à Vigilância em Serviços de Saúde, Porto Alegre, 2000	83
Quadro 9 - Profissionais de saúde nas instituições pesquisadas, Porto Alegre, 2000	84
Quadro 10 -Tarefas dos cuidadores primários das casas geriátricas pesquisadas, Porto Alegre, 2000	89
Quadro 11 - Número de idosos residentes e examinados segundo sexo, por instituição pesquisada, Porto Alegre, 2000	90

LISTA DE ABREVIATURAS

AAPD - American Association of Pediatric Dentistry

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CPOD – Dentes cariados, perdidos e obturados

DATASUS – Sistema de informações do Sistema Único de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

FDI – Fédération Dentaire Internationale

ICNTP – Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

OMS – Organización Mundial de la Salud

ONU – Organização das Nações Unidas

RJ – Rio de Janeiro

RS – Rio Grande do Sul

SP – São Paulo

US – United States

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	5
RESUMO.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	9
ÍNDICE DE TABELAS.....	10
ÍNDICE DE QUADROS.....	12
LISTA DE ABREVIATURAS.....	13
INTRODUÇÃO.....	16
REVISÃO DA LITERATURA.....	19
O fenômeno do envelhecimento populacional.....	19
O processo de institucionalização.....	20
As instituições geriátricas.....	23
O envelhecer.....	27
Alterações biológicas e envelhecimento.....	30
Condição bucal dos idosos.....	30
Atitudes e comportamento dos idosos.....	47
A negligência do cuidado odontológico.....	49
O cuidado odontológico em instituições geriátricas.....	54
PROPOSIÇÃO.....	64
MÉTODO.....	66
Seleção da amostra.....	66
Instituições.....	66
Cuidadores.....	68
Idosos.....	69
Consentimento informado.....	69
Informações referentes às instituições.....	69
Informações referentes aos cuidadores.....	71
Condição de higiene bucal dos idosos.....	74
Avaliação da capacidade funcional dos idosos.....	76
Estudo piloto.....	78
Calibração dos examinadores.....	78
RESULTADOS.....	80
Instituições.....	80
Cuidadores.....	85

Idosos	89
Análise Estatística	92
ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO	103
Instituições	103
Cuidadores	119
Idosos	141
CONSTATAÇÕES.....	149
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	152
SUMMARY	156
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	158
ANEXOS	
ANEXO 1 - Instituições geriátricas de pequeno porte do município de Porto Alegre, setembro/2000	
ANEXO 2 - Termo de Consentimento Informado - Idosos	
ANEXO 3 - Termo de Consentimento Informado - Supervisores e Cuidadores	
ANEXO 4 - Questionário - Supervisores	
ANEXO 5 - Questionário - Cuidadores	
ANEXO 6 - Ficha de exame clínico - Idosos	
ANEXO 7 - Ficha Índice de Katz - Idosos	
ANEXO 8 - Ilustrações	
ANEXO 9 - Termo de aprovação na Comissão Científica e de Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS	

INTRODUÇÃO

Dados demográficos apontam um envelhecimento da população mundial. (KALACHE, RAMOS e VERAS, 1987) Esse fenômeno inicialmente observado em países desenvolvidos, passa a ocorrer também em países em desenvolvimento (RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987). Entretanto, pessoas que têm a ventura de desfrutar mais anos de vida, nem sempre conseguem fazê-lo com saúde (FERNANDES, 1999; HOFHECKER, 1983). Isso é evidente, quando se analisa a condição de saúde bucal de idosos de todo o mundo (GRABOWSKI e BERTRAM, 1975; HUGOSON et al., 1986; VIGILD, 1989; PADILHA, 1997).

Ademais, diversos fatores associados à prática da odontologia e a medidas preventivas e de cuidados gerais com a saúde, crescentemente praticadas na segunda metade do século XX, fundamentam a expectativa, e, porque não dizer, a certeza de que os idosos com o passar dos anos tenham preservado um maior número de dentes em boca (KALK, BAAT e MEEUWISSEN, 1992; HAUGEN, 1992; VIGILD, 1992). Em conseqüência, deverá ser crescente uma nova demanda específica de pessoas idosas por serviços odontológicos, requerendo e impulsionando a produção de conhecimento técnico-científico no campo do que se tem convencionalmente denominado odontogeriatria. Além disso, os novos padrões de difusão rápida da informação permitem esperar que os idosos, cada vez mais, compreendam e sejam conscientes da importância da saúde bucal na determinação de sua qualidade de vida.

O envelhecimento é considerado o resultado de vários processos biológicos naturais irreversíveis (HOFHECKER, 1983), sendo influenciado por aspectos sócio-

econômicos e psicossociais (LEHR, 1999). Os processos patológicos tornam-se graduais na velhice pela falência da capacidade do organismo em responder positivamente às mais diversas agressões (HAUGEN, 1992). Muitos idosos tornam-se fragilizados ou incapacitados de realizar tarefas do dia-a-dia, necessitando de pessoas que os auxiliem e se responsabilizem por fornecer cuidados.

Por várias razões muitos idosos são institucionalizados para receberem a atenção e o auxílio de pessoal capacitado (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999). A condição dos idosos institucionalizados pode variar consideravelmente, desde a independência àqueles que necessitam de monitoramento constante por estarem acamados e, portanto, totalmente dependentes. Em qualquer uma das situações, torna-se necessário um plano de atenção à saúde bucal desses indivíduos. A saúde bucal é componente inseparável do sistema de saúde corporal, capaz de afetar além do bem-estar físico, também o bem-estar psico-social das pessoas. Assim, conclui-se que o cuidado odontológico também deve e necessita ser componente inseparável e articulado de qualquer sistema de atenção integral à saúde do idoso, e particularmente dos idosos institucionalizados.

As instituições que se propõem a atender pessoas idosas deveriam contar com um mínimo de infra-estrutura de apoio e serviços que proporcionassem segurança e qualidade de vida a seus residentes. Dentre os diversos serviços fornecidos, tanto hospitalares quanto de hotelaria, o cuidado odontológico não tem sido prioritário, e costumeiramente observam-se flagrantes omissões (WARDH, ANDERSON e SORENSEN, 1997; LOGAN et al., 1991; CHALMERS et al., 1996). No Brasil, ademais não há normatizações específicas referentes ao cuidado odontológico em

instituições. As poucas iniciativas positivas têm sido isoladas. Assim, o cuidado de saúde bucal, quando realizado, é empírico e caracterizado pelo “bom senso” do cuidador. Depende da boa vontade, dos padrões e noções pessoais de higiene, associados inclusive a sua situação sócio-econômica, enfim do saber popular do cuidador (CHALMERS et al., 1996). Ou então, a intervenção ocorre em caráter emergencial, em face de quadro agudo, demandando atenção especializada do cirurgião-dentista. Têm-se observado, que o cuidado odontológico é realizado, geralmente, nas instituições geriátricas ao lado da ausência de protocolos de procedimentos em matéria de saúde bucal, a falta de programação de atenção especializada, e a ausência de programas de orientação e capacitação dos cuidadores.

Neste sentido, é conveniente, necessário e oportuno estudar e conhecer melhor aspectos estruturais e dinâmicos que caracterizam o fornecimento do cuidado odontológico em instituições geriátricas, em suas várias esferas (instituição, cuidadores e idosos), para que se identifiquem acertos, falhas e omissões em face da real condição de saúde bucal apresentada pelos idosos. Espera-se, deste modo, que o presente estudo possa contribuir para a mais rápida formulação de políticas públicas e estratégias que conduzam à construção de normas e à execução de programas coletivos que priorizem a saúde bucal das pessoas idosas, e em especial daqueles que por circunstâncias da vida lhes tocaram viver nessas instituições.

REVISÃO DA LITERATURA

O fenômeno do envelhecimento populacional

O quadro demográfico mundial vem sofrendo acentuadas mudanças estruturais. O fenômeno do envelhecimento mundial, resultado de uma série de avanços como saneamento das águas de abastecimento público, controle de natalidade, diminuição da mortalidade infantil, progressos da medicina e estilo de vida mais saudável, já é visível em países desenvolvidos e torna-se crescente nos países em desenvolvimento (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987; RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987; MPAS, 1996; CHAIMOWICZ, 1998).

No Brasil o processo de envelhecimento é considerado irreversível e de rápida evolução. A velocidade das mudanças demográficas é alta refletindo a rapidez com que declinam as taxas de fecundidade (CHAIMOWICZ, 1998; RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987).

A população idosa compõe o segmento populacional que mais cresce, proporcionalmente, no planeta (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987). Entre os anos 1950 e 2000 o número de pessoas acima dos 60 anos cresceu de 200 milhões para 590 milhões (STEEN, 1992) e estima-se que no ano 2050 esse número alcançará 2 bilhões de idosos (UNITED NATIONS POPULATION DIVISION, 1998). O crescimento será muito mais pronunciado em países em desenvolvimento, onde a população acima de 60 anos se multiplicará mais de nove vezes, passando de

171 milhões em 1998 para 1.594 milhões em 2050 (UNITED NATIONS POPULATION DIVISION, 1998).

No Brasil, estima-se que em 2025 serão mais de 30 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, compondo a sexta maior população nacional idosa do mundo e representando quase 15% dos brasileiros (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987; RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987).

Em 1997, a população idosa na região metropolitana de Porto Alegre constituía 8,58% da população total. As projeções demográficas do DATASUS, para o ano 2001, conferiam ao município de Porto Alegre 147.340 idosos, aproximadamente 11% de sua população (Tabela 1) (DATASUS).

Tabela 1 - População idosa, por faixa etária, residente no município de Porto Alegre, 2001

	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos ou mais	TOTAL
População idosa	85.419	44.754	17.167	147.340

Fonte: DATASUS

O processo de institucionalização

A demanda por instituições de longa permanência tem aumentado, acompanhando o processo de envelhecimento do conjunto da população (BRAVO et al., 1999; OMS, 1974).

À medida que os indivíduos atingem as últimas décadas de vida, as necessidades de cuidados permanentes e os custos que advêm desses cuidados aumentam. Nos EUA em 1992, 3% dos homens e 6% das mulheres com mais de 65 anos residiam em casas geriátricas. Para faixas etárias específicas, a porcentagem aumenta de 1%, entre homens e mulheres, de 65 a 74 anos, para 15% para homens, e 25% de mulheres acima de 85 anos. A porcentagem de pessoas que vivem em seu domicílio, mas necessitam de auxílio de terceiros nas atividades diárias também aumenta conforme a faixa etária, de 10%, entre 65 a 74 anos para 37% nos maiores de 85 anos. Projeções para o ano 2040 calculam uma população norte-americana residente em casas geriátricas de 3,6 a 5,9 milhões de pessoas (SCHNEIDER e GURALNIK, 1990).

No Brasil, a carência de estudos sobre a institucionalização de idosos dificulta inferências acerca do assunto. Embora muitos idosos sejam institucionalizados por problemas físicos e mentais que causam dependência, a miséria e o abandono familiar e governamental geralmente estão relacionados ao processo de institucionalização (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999; WALDOW, 1987).

A literatura cita alguns fatores que contribuem para o processo de institucionalização da população idosa como a urbanização, dificuldades financeiras, falta de cuidados no ambiente familiar, falta de espaço no domicílio, deterioração das condições de saúde, solidão e medo da violência (VERAS, 1987; WALDOW, 1987; CHAIMOWICZ, 1998; LOUZÃ NETO et al., 1986).

CHAIMOWICZ e GRECO (1999) relatam que a institucionalização de idosos apresenta-se como alternativa em situações como necessidade de reabilitação

intensiva no período entre alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência temporária do cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças e níveis de dependência elevados. E acrescentam: *“Tal subjetividade transforma a decisão de internar numa função da disponibilidade da assistência domiciliar provida pelo tripé família-Estado-sociedade”*. Os autores estudaram a dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte/MG. A taxa de institucionalização, considerada o número de indivíduos residentes em instituições em relação ao total de indivíduos da mesma faixa etária, foi de 0,6%. Com algumas exceções, instituições com maior capacidade, expressa pelo número de leitos, dispunham de melhor infra-estrutura e geralmente forneciam algum tipo de assistência médica.

O mesmo fato foi observado por BASTIAN (1979) analisando as instituições geriátricas de Porto Alegre/RS. No seu trabalho identificou 25 instituições residenciais para pessoas idosas representando uma oferta total de 1163 leitos. Este estudo concluiu que estabelecimentos com maior capacidade física contavam com mais recursos materiais e humanos para assistir os idosos que estabelecimentos com menor capacidade física. A mesma autora realizou pesquisa semelhante na cidade de São Paulo/SP com um universo de 44 casas geriátricas, totalizando 5130 leitos. Foi confirmada a suposição de que instituições com grande número de leitos contavam com mais componentes de assistência à saúde (médico, dentista, enfermeiro, nutricionista, assistente social, terapia ocupacional, entre outros.). Em relação à assistência odontológica, todas as instituições com mais de 200 residentes (13,7%) contavam com dentistas para atender os idosos enquanto que, entre as instituições com menos de trinta residentes (18,2%), nenhuma possuía assistência odontológica.

No geral, somente 31,8% das instituições possuía assistência odontológica (BASTIAN, 1979).

A maioria das instituições que abrigam idosos tem o propósito de proteger e assistir o público idoso que sofre de alguma incapacidade ou possui algum grau de dificuldade na realização das atividades diárias. Entretanto, é observado que indivíduos com menor grau de dependência vivem em instituições devido a barreiras sócio-econômicas. Essa situação pode levar ao isolamento, à segregação e aumentar o grau de dependência do idoso (BASTIAN, 1976).

LEHR (1999) relembra que o ambiente físico, o meio ambiente, interfere no comportamento de indivíduos com limitações, determinando seus comportamentos. O ambiente pode então contribuir para a dependência e restrição do espaço de vida ou pode ser favorável e adaptável, estimulando atividades e aumentando competências existentes assim como recursos pessoais.

As instituições geriátricas

Observa-se uma expansão do número de instituições residenciais para idosos no Brasil. Em sua maioria são privadas, e uma minoria é pública (WALDOW, 1987).

BASTIAN (1976) e BASTIAN (1979) relata que os serviços funcionam em condições precárias e a qualidade do atendimento é insatisfatória em face da carência de pessoal técnico especializado.

As instituições que atendem o público idoso, particulares, públicas, ou do terceiro setor, geralmente têm uma clientela definida pelo tipo de atendimento que realiza. Assim, podem ser classificadas como geriátricas ou gerontológicas, destinadas a idosos dependentes e independentes respectivamente, sendo que muitas são de caráter misto (COREN-RS, 2000).

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul sugere uma classificação segundo o tamanho para as casas geriátricas de acordo com o número de idosos residentes. Instituições que abrigam até 20 residentes são consideradas de pequeno porte; as que abrigam de 21 a 40 residentes são de médio porte; de 41 a 60 residentes, de grande porte; e com mais de 60 residentes são consideradas de porte especial (COREN-RS, 2000).

Em novembro de 2000, em Porto Alegre, 2113 idosos residiam nas 111 instituições geriátricas em funcionamento. Destas, 78 foram consideradas de pequeno porte e recebiam 44,24% idosos. As 18 de médio porte assistiam 26,84%, enquanto 8 de grande porte abrigavam 10,73% e as 4 de porte especial eram responsáveis por 18,19% dos idosos institucionalizados. Não puderam ser levantados os dados de três casas. Sobre uma população idosa estimada pelo DATASUS em 147.340 pessoas, a taxa de institucionalização alcançava à época 1,44%. O total de leitos disponíveis é 2475, resultando numa taxa de ocupação de 85,4% (MELLO, PADILHA e ROSA, 2000).

Outras taxas de institucionalização são relatadas na literatura. Na Alemanha fica em torno de 4%, em Singapura 1,6% (LEHR, 1999) e na Espanha 2% (BACIERO, GANDARIAS e PÉREZ, 1998). Nos EUA, a taxa de idosos

institucionalizados vem mantendo-se constante desde a década de 70, por volta de 4,4%. Porém há um aumento das taxas, quando estudadas por segmentos de faixa etária. Em 1997, a taxa de institucionalização entre idosos de 65 a 74 era de 1,08%, entre 75 e 84 era de 4,55% e entre os idosos acima de 85 anos alcançava 19,2% (CENTER FOR DISEASES CONTROL, 2001).

Na cidade do Rio de Janeiro (RJ), em 1999, foram identificadas 104 instituições geriátricas, com um total estimado de 4315 leitos. Os autores consideram tal número bastante reduzido, em virtude da quantidade de indivíduos idosos no município (em 1996 era de aproximadamente 670.000) e sugerem mais estudos sobre a demanda de idosos por esse tipo de instituição. Ademais, concluem que o modelo institucional geriátrico brasileiro se assemelha ao das “instituições totais” (LOUZÃ NETO et al., 1986), consideradas ultrapassadas no que se refere à administração de serviços de saúde e/ou habitação para idosos (MORENO e VERAS, 1999).

WALDOW (1987), estudando o nível de dependência de enfermagem em idosos em seis instituições (privadas e filantrópicas) de Porto Alegre, constatou que os idosos apresentaram maior dependência para condição mental (54,9%), cuidado corporal (47,15%), motilidade (43,51%), e deambulação (38,13%). Os idosos das instituições filantrópicas mostravam ser mais independentes do que os idosos nas instituições privadas. As instituições privadas possuíam maior número de pessoal para atender os idosos. A maioria dos funcionários das instituições era leiga.

O grau de dependência do idoso vai determinar o tipo de cuidado a ser prestado e os recursos humanos necessários. Segundo BENKO et al. (1991), são considerados **independentes** os idosos que têm capacidade para escolher suas regras

de conduta, orientar seus próprios atos e realizar as atividades cotidianas sem ajuda e de adaptar-se ao seu meio ambiente; **semidependentes** são aqueles que apresentam limitações para realizar as atividades da vida diária ou suprir suas necessidades psicológicas e/ou sociais e/ou econômicas; e **dependentes** são aqueles idosos que dependem de outras pessoas ou de serviços especializados para atender a maioria das suas necessidades básicas, físicas ou mentais. (O grifo é nosso.)

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul desenvolveu uma proposta de dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições gerontológicas e geriátricas, em função do porte da instituição, definido pelo número de idosos que esta acolhe e respectivo grau de dependência. Foi estimado que dois terços dos idosos atendidos sejam independentes e um terço seja dependente e/ou semidependente. Assim, foi recomendado:

- Instituições de pequeno porte (até 20 internos):

Enfermeiros: 1 enfermeiro responsável técnico.

Técnicos e/ou auxiliares: 6 profissionais nas 24 horas.

- Instituições de médio porte (21 a 40 internos):

Enfermeiros: 2 enfermeiros, sendo 1 responsável técnico.

Técnicos e/ou auxiliares de enfermagem: 9 profissionais nas 24 horas.

- Instituições de grande porte (41 a 60 internos):

Enfermeiros: 3 enfermeiros, sendo 1 responsável técnico

Técnicos e/ou auxiliares: 12 profissionais nas 24 horas

- Instituições de porte especial (acima de 61 internos):

Para cada 20 internos repete-se o módulo de profissionais recomendado para as de pequeno porte.

As funções de responsabilidade técnica, no caso o enfermeiro, não podem ser cumulativas ao cargo de gerente da instituição ou outro de complexidade semelhante, sendo também recomendada a contratação de pessoal para as substituições de folgas, férias e licenças. Também foi recomendado que fossem treinados os empregados de serviços gerais para participar do atendimento aos idosos (COREN-RS, 2000).

O envelhecer

Segundo a OMS (1974) indivíduos idosos são aqueles que atingem os 60 anos, em países em desenvolvimento, e os 65 anos, em países desenvolvidos. Esta determinação cronológica é fundamentada na necessidade de "*...a sociedade disciplinar os corpos, controlando cronologicamente as fases da vida dos indivíduos*" (BRÊTAS e OLIVEIRA, 1999). Entretanto, o envelhecimento cronológico possui menor relevância em relação ao envelhecimento funcional (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987).

Na ausência de patologias, as alterações decorrentes do processo de envelhecimento não são suficientes para causar limitações no desempenho das atividades diárias. No entanto, a probabilidade de adoecer aumenta com a idade

(FERNANDES, 1999; HOFHECKER, 1983), assim, observa-se o aumento no número de incapacitados na população, à medida que a expectativa de vida dos indivíduos aumenta (FERNANDES, 1999).

A utilização do conceito de capacidade funcional, bem como a avaliação funcional dos idosos deve permear o contexto do envelhecimento. A capacidade funcional está estreitamente relacionada ao grau de autonomia com que o indivíduo desempenha as funções do dia-a-dia e conseqüentemente com a qualidade de vida do idoso (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987; FERNANDES, 1999).

O envelhecimento deve ser compreendido

"... à luz da mediação teórica entre várias áreas do conhecimento humano, sendo que precisa ser visualizado nas esferas do indivíduo e da sociedade e nas perspectivas analíticas de gênero, geração, classe social e etnia. É um processo contínuo e finito, onde a imagem do corpo tem uma significância fundamental e a perda da autonomia (capacidade de tomar decisões) é o delimitador entre a saúde e a doença, responsável pela estigmatização dos(as) idosos(as) na sociedade" (BRÊTAS e OLIVEIRA, 1999).

Existem fatores específicos de dependência relacionados com o envelhecimento. Alguns não são inerentes ao envelhecimento, mas são causados pelas atitudes da sociedade diante deste processo.

"Parece que o problema é menos de dependência em face da independência que de capacidade e direito de "cuidado próprio" das funções corporais,

psicológicas e sociais de cada um. Muitas vezes a dependência é criada pela destruição das capacidades do próprio indivíduo” (THOMAS, 1979).

Um dos instrumentos de acesso à capacidade funcional é a análise do desempenho do idoso na realização de atividades de vida diária, ou seja, atividades de autocuidado que possibilitam a sobrevivência. Os indivíduos que não conseguem realizar atividades como alimentar-se, vestir-se, banhar-se, movimentar-se e higienizar-se requerem, portanto, suporte de cuidados de terceiros (ABRAMS e BEERS, 1995).

O índice de Katz é um dos índices que determina a capacidade funcional e conseqüentemente o grau de dependência de idosos baseados em seis principais aspectos das atividades de vida diária: o banhar-se, o vestir-se, o alimentar-se, o movimentar-se, o controle das funções excretórias e o uso do toalete. O índice indica se o indivíduo possui, e em que nível, o domínio sobre funções básicas da vida (KATZ et al., 1963).

A utilização da análise da capacidade funcional do idoso pode ser de grande valia para caracterizar a população idosa estudada em relação ao seu nível de dependência, bem como auxiliar na compreensão dos fatores intervenientes no cuidado odontológico de idosos institucionalizados.

Alterações biológicas e envelhecimento

Do ponto de vista biológico funcional, envelhecimento é o declínio da habilidade de manter o equilíbrio e a estabilidade fisiológica interna do organismo (homeostase) sobre condições de *stress* de qualquer tipo (HAUGEN, 1992). Como consequência a vulnerabilidade do organismo torna-se crescente, pois se reduz a capacidade de defesa e reparo diante dos efeitos dos agentes deletérios que se acumulam a longo prazo (HOFHECKER, 1983). Há, portanto, um aumento da probabilidade de adoecer com o avançar da idade (FERNANDES, 1999; HOFHECKER, 1983). As principais alterações que ocorrem durante o envelhecimento são a desidratação (SILVERMAN, 1958; MORIGUCHI, 1992), a perda de tecido que pode não ser reparado completamente ou ser substituído por outro de característica diferenciada (SILVERMAN, 1958) e o processo gradual de redução da atividade mitótica celular (HAUGEN, 1992).

A maioria das funções vitais, tais como cardíacas, respiratórias, hepáticas e renais, mostram redução progressiva com o aumento da idade, mesmo na ausência de doenças. É relatada também uma redução gradual na eficiência do sistema imune (HAUGEN, 1992; SILVERMAN, 1958).

Condição bucal dos idosos

As estruturas bucais também sofrem a ação do processo de envelhecimento, e os tecidos da cavidade bucal refletem as alterações sofridas com o avanço da idade (HAUGEN, 1992; BREUSTEDT, 1983). Entretanto, o processo de envelhecimento

por si causa poucos efeitos na cavidade bucal que possam resultar em disfunções e incapacidades (SHAY e JONATHAN, 1995).

Porém, diversos estudos realizados com diferentes metodologias demonstram que, em geral, a condição de saúde bucal dos idosos é deficiente (GRABOWSKI e BERTRAM, 1975; DAVIDSON, 1979; SMITH e SHEIHAM, 1979; SMITH e SHEIHAM, 1980; KIYAK e MILLER, 1982; EKELUND, 1984; HUGOSON, 1986; STUCK et al., 1989; VIGILD, 1989; JOKSTAD, AMBJORNSEN e EIDE, 1996; PADILHA, 1997; NEVALAINEN, NÄRHI e AINAMO, 1997).

O acesso limitado ao cuidado odontológico na infância e fatores como a urbanização, condições sócio-econômicas, rede social e estilo de vida podem ser responsáveis pela condição precária de saúde bucal dos idosos (GRABOWSKI e BERTRAM, 1975; AMBJORNSEN, 1986; AINAMO e ÖSTERBERG, 1992).

As necessidades de tratamento são extensas principalmente aquelas relativas ao edentulismo, perdas parciais de dentes, cárie, doenças periodontais e desgastes anormais da estrutura dental (KALK, BAAT e MEEUWISSEN, 1992).

Com o avançar da idade, há uma queda no nível de higiene bucal e um aumento da incidência de doenças bucais. A diminuição da capacidade motora, a baixa auto-estima, a falta de estímulo para a realização da higiene bucal ou a incapacidade de realizar sua própria higiene devido a doenças crônico-degenerativas, comprometimento da visão, audição e perda da habilidade cognitiva, torna o idoso um indivíduo de alto risco para o desenvolvimento de doenças bucais (WERNER et al., 1998; SIMONS, KIDD e BEIGHTON, 1999).

MARIÑO (1994) enumera alguns fatores de risco para o desenvolvimento de doenças bucais nos idosos: a presença de transtornos sistêmicos crônicos, estilos de vida prejudiciais à saúde, iatrogenias repetidas e mau estado nutricional.

GRABOWSKI e BERTRAM (1975) investigaram a condição de saúde bucal de idosos dinamarqueses. Participaram 560 idosos independentes, com idade média de 74 anos. Setenta por cento eram edêntulos em ambas as arcadas, e 80%, somente na arcada superior. Sessenta e cinco por cento dos idosos sofriam de estomatite associada ao uso de próteses totais. Os autores concluíram que a saúde bucal dos idosos dinamarqueses era muito ruim e as necessidades de tratamento odontológico eram extensas.

SMITH e SHEIHAM (1979) determinaram as relações entre as condições de saúde bucal e as limitações provocadas por uma saúde bucal deficiente entre idosos independentes. Foram entrevistados e examinados 254 idosos com média de idade de 73 anos. Setenta e quatro por cento eram edêntulos. Cinquenta e nove por cento dos usuários de prótese total não realizavam a higiene adequadamente. Nove por cento reclamaram ter dificuldades em realizar a limpeza de dentes e próteses totais. Porém, quarenta e oito por cento daqueles que relataram não ter dificuldades em higienizar a sua prótese total possuíam depósitos sobre as superfícies das próteses. As conseqüências da precária condição de saúde bucal dos idosos reportadas pelos autores foram: diminuição na habilidade da mastigação, seleção dos alimentos, diminuição da qualidade nutricional, tempo aumentado para realizar as refeições, má aparência dos dentes, dificuldades no falar, cantar e beijar, dificuldades na auto-

aceitação e aceitação social e problemas na manutenção da auto-estima e da saúde mental.

SMITH e SHEIHAM (1980) verificaram as necessidades de tratamento normativas e subjetivas de idosos independentes. Dos trezentos idosos, 74% eram edêntulos. Sessenta por cento possuíam algum tipo de lesão benigna da mucosa principalmente associada ao uso de próteses totais. Segundo as necessidades normativas, 78% dos idosos requereriam tratamento odontológico em contraste com 42% de necessidade subjetiva auto-relatadas pelos idosos.

FLOYSTRAND et al. (1982) avaliaram as condições de saúde bucal de 70 idosos institucionalizados e 111 idosos independentes em Oslo, Noruega. A higiene bucal foi verificada utilizando o índice Silness e Løe; encontraram 47% dos dentes com uma ou mais faces com código 2 e 3, referentes à presença de placa identificável a olho nu.

HUGOSON et al. (1986) compararam dados clínicos e radiográficos de dois estudos transversais realizados em 1973 e 1983 na cidade de Jönköping, Suécia. Foram selecionados indivíduos de várias faixas etárias inclusive de 60, 70 e 80 anos. Foi observado um decréscimo na proporção de edêntulos de 25%. O número de superfícies com placa foi menor em 1983 do que em 1973 em todas as idades. Tanto em 1973 quanto em 1983 a quantidade média de placa aumentou com o avançar da idade.

NEVALAINEN, NÄRHI e AINAMO (1997) realizaram uma investigação epidemiológica em Helsinque, Finlândia, relacionando lesões de mucosa bucal e hábitos de higiene em um grupo de 338 idosos de 76 a 86 anos. Uma ou mais lesões

foram encontradas em 38% dos idosos. Cinquenta e um por cento dos edêntulos usuários de próteses totais e 31% dos idosos com algum dente natural possuíam lesões de mucosa. A lesão mais comum foi inflamação sob próteses totais, que ocorreu isolada ou combinada com outra lesão em 25% dos usuários. O total de lesões de mucosa foi correlacionado com o número de medicamentos usados diariamente e com a deficiência no hábito de limpeza tanto das próteses quanto da mucosa.

BERGMAN, WRIGHT e HAMMOND (1991) estudaram a saúde bucal de 303 idosos de Melbourne, Austrália. Eram edêntulos 64,02%. Mais de 90% dos indivíduos dentados receberam *score 2* no índice ICNTP. Portanto, quase a totalidade dos idosos tinha necessidade de tratamento equivalente à instrução de higiene, remoção de placa e raspagem e alisamento radicular. Os autores ponderam que tais procedimentos poderiam ser realizados por cirurgiões-dentista generalistas ou por pessoal auxiliar qualificado.

A perda parcial de elementos dentais torna a dentição menos autolimpante e dificulta a higiene bucal. Quando associada ao uso de próteses pode ser relacionada com aumento do acúmulo de placa. Por isso, HILDEBRANDT et al. (1995) analisaram o número e a posição de unidades oclusais entre idosos com diferentes histórias médicas. Dois grupos de idosos independentes, um grupo de idosos institucionalizados e um grupo de idosos hospitalizados participaram do estudo. O número de unidades oclusais foi maior para os idosos independentes. Idosos institucionalizados e hospitalizados apresentaram um maior número de ausências de contatos oclusais. Houve uma correlação negativa entre unidades oclusais em dentes

naturais e acúmulo de placa, ou seja, com o decréscimo do número de unidades oclusais em dentes naturais, aumentava o índice de placa. A perda das unidades oclusais nos grupos de idosos institucionalizados e hospitalizados pode ser resultado do declínio das práticas de higiene bucal e do uso de serviços odontológicos devido à sua condição de saúde geral precária.

O *US Report of the Surgeon General, 2000* retrata a situação de saúde bucal dos idosos norte-americanos. Vinte e três por cento dos idosos entre 65 e 74 anos sofrem de doença periodontal severa; 30% dos idosos com mais de 60 anos são edêntulos, oito mil idosos morrem por ano de câncer na região da orofaringe; e a maioria toma medicamentos com efeitos colaterais hipossalivatórios. Ademais, 5% dos idosos acima de 65 anos (aproximadamente 1,65 milhões) vivem em instituições de longa permanência, onde a saúde bucal é considerada problemática (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2000).

MANDERSON e ETTINGER (1975) examinaram uma população de 442 idosos institucionalizados, representativos da população de Edimburgo, Escócia, que possuíam média de idade de 79 anos. Trinta por cento dos idosos eram independentes. Noventa e um por cento eram edêntulos. A higiene era insatisfatória em 66,7% das próteses totais superiores e 62,3% das próteses totais inferiores. A prevalência de patologias na mucosa oral relacionada à má higiene das próteses totais era de 40,7% na maxila e 47,5% na mandíbula. Setenta e um por cento dos idosos necessitavam de tratamento odontológico.

DAVIDSON (1979) observou a condição de saúde bucal de 375 idosos ingleses institucionalizados com média de idade de 75,4 anos. A média de anos de

institucionalização era menor que cinco anos. 75,7% eram edêntulos e a condição das próteses totais, em geral, era deficiente. O autor calculou que, aproximadamente, 200 idosos seriam beneficiados por algum tipo de tratamento odontológico, inclusive aprimoramento da higiene e conservação das próteses totais.

EKELUND (1984) estudou as condições de saúde bucal de 480 idosos institucionalizados em 24 casas geriátricas na Finlândia. Quase todos os idosos possuíam placa depositada sobre as superfícies dentárias. Sessenta por cento dos idosos possuíam lesões de mucosa associadas ao uso de próteses totais. Menos de 30% das próteses totais apresentaram bom padrão de higiene, e 55% dos idosos necessitavam de instrução de higiene.

AMBJORNSEN (1986) comparou a prevalência de dentes cariados, perdidos e obturados entre idosos institucionalizados e não-institucionalizados noruegueses. Foram examinados 159 idosos não-institucionalizados e 38 institucionalizados. A média do tempo de institucionalização foi de 3,2 anos. Os idosos institucionalizados apresentaram mais dentes cariados, dentes perdidos, raízes residuais e índice CPOD maior, porém menos dentes restaurados que os não-institucionalizados. Entre os institucionalizados observaram-se diferenças entre gêneros: mulheres tiveram menor CPOD e menos raízes residuais que homens.

STUCK et al. (1989) estudaram as condições bucais de pacientes idosos que deram entrada em um hospital geriátrico da cidade de Berna, Suíça. Foram examinados 219 pacientes com idade média de 81,6 anos. 59,4% eram edêntulos. A higiene das próteses era deficiente em 73,8% dos 191 usuários de prótese totais. 26,2% das próteses totais não possuíam depósitos sobre a superfície, 24,1%

possuíam depósitos moles, 9,4% possuíam depósitos duros e 40,3% depósitos moles e duros. Dos dentes remanescentes, 29,3% eram cariados e 45,1% possuíam doença periodontal severa. Quase todos os indivíduos dentados e um terço dos edêntulos necessitavam de algum tratamento odontológico. Os autores avaliaram o nível de dependência do paciente pelo índice de Katz (KATZ et al., 1963). Tanto os pacientes com maior dependência, e conseqüentemente maior necessidade de assistência, quanto os independentes apresentaram uma higiene de próteses deficiente.

VIGILD (1989) determinou a ocorrência de lesões de cárie não-tratadas em idosos institucionalizados na Dinamarca. Foram examinados 201 residentes de treze instituições geriátricas. A prevalência de lesões de cárie não-tratadas foi de 70 %. Os fatores predominantes que determinaram essa situação foram a utilização dos serviços odontológicos e o grau de dependência do idoso. A utilização regular de serviços odontológicos diminuiu a quantidade de tratamento demandado e um maior grau de dependência determinou uma maior prevalência de lesões de cárie.

PIETROKOVSKI et al. (1990) compararam as condições de saúde bucal de idosos institucionalizados em diferentes países. Obtiveram informações de quatro países (Estados Unidos, Argentina, Peru e Israel), sete instituições, totalizando 610 idosos. A média de idade foi de 80 anos. O edentulismo foi característica predominante; 49% dos indivíduos eram edêntulos. Os autores discutiram a falta de serviços odontológicos a idosos institucionalizados nesses países, e consideraram que a saúde bucal não era encarada como prioridade pelos setores médico e administrativo das instituições, uma vez que os problemas bucais não ameaçariam a vida dos residentes.

VIGILD, BRINCK e CHRISTENSEN (1993) avaliaram as condições de saúde bucal de idosos residentes em instituições psiquiátricas. Foram examinados 407 idosos, de 8 instituições, com média de idade de 77 anos para o sexo feminino e 72 anos para o sexo masculino. O tempo de institucionalização médio foi de 8,8 anos. Trinta e sete por cento dos idosos eram capazes de realizar autocuidado. Sessenta e nove por cento das próteses totais possuíam higiene deficiente. Recebiam assistência para a realização da higiene bucal 48% dos dentados e 53% dos usuários de próteses totais. O nível de higiene não foi relacionado com a assistência para a realização da higiene bucal diária ($p>0,05$).

JOKSTAD, AMBJORNSEN e EIDE (1996) compararam a condição de saúde bucal de idosos institucionalizados noruegueses avaliados em dois momentos distintos: em 1980 e 1993. A proporção de edêntulos diminuiu de 80%, em 1980, para 54%, em 1993. A higiene bucal, avaliada pelo índice Silness e Løe foi considerada deficiente em 79% dos idosos dentados examinados em 1993. Em geral, houve uma melhora nas condições de higiene bucal dos idosos. Houve um aumento do número de dentes remanescentes e restaurados e menos raízes residuais. Os autores alertam para a necessidade de prevenção das doenças bucais em idosos institucionalizados, pois sua condição significa risco potencial para o desenvolvimento de cárie e doenças periodontais.

KNABE e KRAM (1997) analisaram as condições de saúde bucal e o cuidado odontológico provido a idosos institucionalizados em Berlim, Alemanha. Participaram do estudo 364 idosos, de nove casas geriátricas, com idade média de 84,9 anos. A higiene bucal foi considerada satisfatória em apenas 12,6% dos idosos

dentados e em 45% das próteses totais. Os resultados demonstraram que idosos institucionalizados não são submetidos a exames bucais periódicos e recorrem aos cuidados odontológicos somente em momentos de dor e desconforto ou quando o tratamento é considerado necessário pelos funcionários das instituições.

Podem-se citar potenciais causas que determinem diferenças entre as condições de saúde bucal entre idosos institucionalizados e não-institucionalizados: o avançar da idade e o aumento da prevalência de limitações físicas e mentais entre os institucionalizados, diferenças socioeconômicas e culturais que afetaram toda a vida dos idosos, grande consumo de medicamentos com potencial efeito colateral hipossalivatório nas instituições, experiência prévia de cuidado odontológico, higiene bucal diária e uso de medicamentos, atitudes negativas entre os idosos institucionalizados e acesso reduzido aos cuidados odontológicos entre os institucionalizados.

A fim de comparar um grupo de idosos institucionalizados e não-institucionalizados, SLADE et al. (1990) avaliaram 149 idosos residentes em casas geriátricas e 246 independentes. Os institucionalizados constituíam um grupo mais velho, com níveis mais baixos de educação, com maiores necessidades de assistência para as atividades diárias. Possuíam mais dentes perdidos e necessitando de extração e menos dentes cariados e restaurados. A análise da associação entre institucionalização e edentulismo resultou num *odds ratio* de 2,17, ou seja, idosos institucionalizados têm duas vezes mais chances de ser edêntulos que os não-institucionalizados. Os autores concluíram que variáveis antecedentes à institucionalização são responsáveis pela condição de saúde bucal dos idosos

institucionalizados, demonstrando a importância da história dental dos indivíduos. Os achados não sustentam a idéia de que o ambiente institucional acelera a incidência de doenças bucais em idosos.

BACIERO, GANDARIAS e PÉREZ (1998) avaliaram as condições de saúde bucal de idosos institucionalizados na Espanha. Foram sorteadas 35 casas geriátricas, sendo examinados 3282 idosos. A saúde periodontal, avaliada pelo índice ICNTP, foi considerada ruim, visto que nenhum idoso apresentou algum sextante em bom estado periodontal. Eram edêntulos ou então possuíam menos de dois dentes possíveis de serem examinados 52,8% dos sextantes. O maior volume de necessidade de tratamento periodontal, 44,7%, constituía de instrução de higiene, remoção de placa e raspagem e alisamento radicular (*score* 2), quem conforme os autores, poderiam ser realizados por pessoal auxiliar.

SIMONS, KIDD e BEIGHTON (1999) analisaram a saúde bucal em residentes de 48 casas geriátricas (43,6%) em West Hertfordshire, Reino Unido. Foram examinados 249 homens e 792 mulheres, com média de idade de 83,9 anos e média de tempo de institucionalização de 24,9 meses. 57,4% eram edêntulos. O índice de placa médio foi considerado alto, 2,3, e a deficiência na higiene bucal foi relacionada significativamente ($p < 0,0001$) com a presença de cárie de raiz. Os níveis mais altos de acúmulo de placa foram encontrados na superfície interna de próteses totais superiores, sendo relacionados significativamente com a presença de estomatite por dentadura ($p < 0,001$), diagnosticada em 12% dos usuários. Ainda em relação à higiene das próteses totais, apenas 94 idosos (9%) recebiam auxílio para a limpeza das próteses e dentes, embora 343 (33%) relatassem preferir assistência de

funcionários para a higiene bucal diária. Os administradores das instituições relataram não ter uma abordagem sistemática de atendimento odontológico para seus residentes. A procura por tratamento odontológico dá-se somente em casos emergenciais de dor ou próteses totais quebradas. Os autores alertam para a negligência que existe no âmbito da odontologia em instituições.

MERSEL, BABAYOF e ROSIN (2000) avaliaram as necessidades odontológicas de idosos hospitalizados e a possibilidade de melhoria das condições de saúde bucal, num ambiente sem equipamento odontológico disponível. Os achados confirmaram que a higiene era deficiente, tanto de dentes quanto em próteses totais. Metade dos pacientes eram dependentes, 65,3% necessitavam de assistência para a realização da higiene bucal. Os autores concluíram que melhores condições de saúde bucal podem ser alcançadas com a realização de *screenings* iniciais, instrução de higiene e tratamento preliminar, melhorando a qualidade de vida do paciente. A maioria dos procedimentos poderia ser realizada por pessoal auxiliar que, se bem treinados, poderiam melhorar significativamente a saúde bucal de pacientes hospitalizados.

BERKEY et al. (1991) realizaram uma revisão da literatura norte-americana e canadense pertinente às condições de saúde bucal e de utilização de serviços odontológicos de idosos institucionalizados. Altos níveis de doença e grande número de necessidades de tratamento são comuns. A utilização de serviços é pouca, devido à presença de algumas barreiras. São citadas na literatura a autopercepção de saúde bucal dos idosos, condição de saúde geral, *status* funcional, medo, padrão prévio de utilização de serviços, transporte, dificuldade de marcar consultas, escassez de

recursos, disponibilidade de equipamentos e atitudes de cuidadores e familiares (BERKEY et al., 1991; DOLAN e ATCHISON, 1993; HEGELSON e SMITH, 1996; STRAYER, 1999).

No *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986* foi observado um declínio de dentes hígidos com a idade, uma parcela pequena de pessoas (não edêntulas) isentas de problemas periodontais e altos níveis de edentulismo (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). O quadro epidemiológico traçado foi relatado como sendo reflexo da realização de extrações dentárias múltiplas e em larga escala, principalmente a partir dos 30 anos (PINTO, 1997).

No Brasil, PEREIRA et al. (1996) verificaram as condições periodontais de idosos brasileiros freqüentadores de um serviço de saúde em São Paulo. A média de idade dos 104 idosos examinados situou-se em 70 anos. Segundo o índice ICNTP, 71,5% dos sextantes foram considerados nulos. A grande concentração de necessidade de tratamento foi instrução de higiene e profilaxia, tarefas que poderiam ser desempenhadas por auxiliares.

SILVA e VALSECKI JÚNIOR (2000) avaliaram as condições de saúde bucal de idosos em Araraquara (SP). Foram incluídos no estudo 194 idosos, institucionalizados e não-institucionalizados, com média de idade de 71,4 anos. Sessenta por cento dos idosos não institucionalizados e 72,5% dos institucionalizados eram edêntulos. Não houve diferença estatística nos valores de CPOD médio entre grupos (30,9, entre institucionalizados e 30,27 entre não-institucionalizados), somente para o componente cariado (1,31 entre institucionalizados e 1,01 entre não-institucionalizados).

Estudo semelhante foi realizado por SALIBA, MARCELINO e SALIBA (1997) igualmente na cidade de Araraquara (SP). Examinaram 97 idosos institucionalizados na faixa etária de 42 a 102 anos, utilizando os índices CPOD, ICNTP e uso e/ou necessidade de prótese. 69% dos idosos eram desdentados, porém somente 47,76% usavam próteses totais; o CPOD médio foi de 25,1. Segundo o ICNTP 71,11% dos sextantes foram considerados nulos e 16,65% necessitavam de tratamento periodontal.

MELLO, CARCERERI e AMANTE (1998) examinaram 30 idosos residentes em uma instituição geriátrica de Florianópolis (SC). O CPOD do grupo foi 23,9, determinado em sua maior parte pelo componente “perdido”. O edentulismo em ambas as arcadas era condição presente em 56% dos idosos. A necessidade de tratamento restaurador da doença cárie e a necessidade de tratamento periodontal foram de pequena dimensão e possíveis de serem realizadas no consultório odontológico da instituição.

Em Porto Alegre/RS, PADILHA e de SOUZA (1997) estudaram aspectos clínicos da saúde bucal de idosos brasileiros institucionalizados, comparando-os com um grupo de idosos ingleses da cidade de Londres. A porcentagem de edêntulos encontrada foi de 43,1% nos porto-alegrenses e 66,7% nos londrinos. As autoras consideraram pobre a saúde bucal dos idosos de ambos os grupos pelo expressivo número de edêntulos e pelo grande número de dentes cariados, perdidos e obturados.

Outro estudo realizado na cidade de Porto Alegre/RS por MARTINS NETO e PADILHA (2000) comparam as condições de saúde bucal entre três grupos de idosos: independentes, institucionalizados em uma casa geriátrica particular e

institucionalizados em uma casa geriátrica filantrópica. O grupo de idosos independentes apresentou uma melhor condição de higiene e saúde bucal que os grupos de idosos institucionalizados. Os idosos institucionalizados em casa filantrópica apresentaram maior número de alterações de mucosa. Em relação à condição periodontal, não foram diagnosticados sextantes sadios nos três grupos.

Em 1986, a *Commission for Dental Education and Practice of FDI* selecionou um grupo de trabalho para estudar os problemas de saúde bucal de idosos. As preocupações mais freqüentes foram em relação à pouca valorização do idoso em relação a sua saúde bucal, falta de treinamento dos profissionais para o tratamento dos idosos, dificuldades de todas as ordens de acesso ao profissional e/ou serviços, falta de programas de promoção de saúde bucal e escassez de recursos para pesquisa das necessidades para saúde bucal do idoso (KALK, BAAT e MEEUWISSEN, 1992).

A deficiência na higiene bucal, associada à formação excessiva de placa determina uma maior tendência à destruição marginal, com retração gengival, perda de osso alveolar, formação de bolsas e perda do elemento dental. Porém, num grande número de indivíduos idosos, reverte-se o quadro com mínima perda de tecido marginal, estreitamento do espaço periodontal e recuperação de inserção. A reversão de um estado de doença para um periodonto saudável nos idosos parece ser mais lenta que nos jovens, mas estudos de gengivite experimental mostram que com a eliminação da placa microbiana e restabelecimento do controle de higiene bucal a cura ocorre rápida e completamente (HOLM-PEDERSEN, AGERBAEK e THEILADE, 1975; HAUGEN, 1992).

Com o aumento do número de idosos tem-se uma demanda crescente e diversificada para a atenção e a assistência odontológica desse grupo populacional. Deve-se considerar a preocupação da Odontologia com a prevenção e tratamento das doenças bucais, principalmente para a população infantil, de maneira que se pode esperar num futuro próximo uma maior incidência de pessoas idosas necessitando da assistência para a manutenção da sua saúde bucal.

A condição de saúde bucal dos idosos pelo que se deduz dos estudos mais recentes está longe de ser considerada satisfatória apesar da redução do edentulismo. A manutenção dos dentes em boca não tem sido acompanhada da necessária preservação da saúde bucal. Todavia, esta nova circunstância implica alterações no padrão de doenças.

A cárie continua prevalente, porém, as lesões secundárias e de raiz constituem a manifestação mais freqüente da doença (HAUGEN, 1992).

ISMAIL et al. (1990) estudaram lesões de cárie de raiz presentes numa população de 60 idosas institucionalizadas de Halifax, Canadá, que possuíam acesso a serviços odontológicos. A média de dentes perdidos por idosa era de 16,7. Lesões de cárie de raiz estavam presentes em 93%. A média de lesões cariadas e restauradas por idosa era de 5,57. Os autores concluíram que as lesões de cárie de raiz são muito prevalentes nesse grupo, porém as necessidades de tratamento são mais de cunho preventivo, pois poucas lesões necessitavam de tratamento restaurador.

Apesar da relação entre idade e edentulismo ser diretamente proporcional, o número de idosos que preservam sua dentição natural tem aumentado

consideravelmente (KALK, BAAT e MEEUWISSEN, 1992; HAUGEN, 1992; VIGILD, 1992).

Nos EUA, o número de dentes presentes aumentou em 15% e o edentulismo foi reduzido quase pela metade de 1971 a 1985 (BROWN, 1994).

Na Suécia 17,2% dos indivíduos de 55 a 64 anos possuem todos os dentes e nos EUA 18,8% dos idosos com mais de 60 anos possuem pelo menos 20 dentes (KALK, BAAT e MEEUWISSEN, 1992).

A manutenção dos dentes na cavidade bucal deve-se, segundo SHAY e JONATHAN (1995), à maior retenção de dentes na juventude, avanços nas modalidades de prevenção e tratamento odontológicos, aumento da cobertura dos serviços, melhoria dos hábitos de autocuidado, e aumento da consciência pela necessidade de cuidados odontológicos.

HEATH (1992) relata que população que envelhece com dentes naturais tem sua proporção aumentada devido aos cuidados diários de higiene bucal e da assistência recebida por profissionais.

AINAMO e ÖSTERBERG (1992) relataram que na Escandinávia, devido ao aprimoramento dos cuidados dentais, à melhor qualidade dos serviços preventivos e ao aumento do consumo de dentifrício fluoretado nos últimos 30 anos, a condição de saúde bucal da população atingiu ótimos níveis. Indicadores de saúde bucal como prevalência de edentulismo, frequência de próteses removíveis e número de dentes remanescentes têm demonstrado dados positivos nas últimas décadas. Estudos retrospectivos demonstram que vem ocorrendo um decréscimo no edentulismo desde

1970. Os autores relatam que a média do número de dentes remanescentes em indivíduos vem aumentando nos idosos e conseqüentemente há uma diminuição na porcentagem de usuários de próteses.

Atitudes e comportamento dos idosos

Embora bastante deficientes as condições de saúde bucal da população idosa, demandando amplas necessidades de tratamento, a utilização dos serviços odontológicos ainda é reduzida.

Com o envelhecimento individual, o número de visitas ao médico aumenta, enquanto ao dentista diminui (SHAY e JONATHAN, 1995; COMMISSION ON ORAL HEALTH RESEARCH AND EPIDEMIOLOGY, 1993; ETTINGER, 1992). Esse fato é atribuído ao aumento do risco de doenças crônicas, o que leva os idosos ao médico e à condição de edêntulo, que reduz o número de visitas ao dentista (ETTINGER, 1992).

Em 1977, o Serviço Norte-americano de Pesquisas em Saúde relatou que 62,9% da população geral havia visitado o dentista uma ou mais vezes naquele ano, enquanto apenas 39,3% dos idosos com mais de 65 anos consultaram um cirurgião-dentista (ETTINGER, 1992).

Os idosos, em particular, têm dificuldade para ambientarem-se a novas situações tendendo a manter um mesmo comportamento e uma mesma atitude diante de novas situações. Muitos idosos cresceram acostumados com uma Odontologia

menos sofisticada, mais dolorosa e estressante. Não seria surpresa pensar que pessoas idosas são mais pessimistas perante os cuidados odontológicos que pessoas mais jovens (ETTINGER, 1992; KIYAK e MILLER, 1982).

KIYAK e MILLER (1982) comparam as atitudes e comportamentos de jovens e idosos em relação à saúde bucal. Concluíram que os idosos atribuem menor importância à saúde bucal que os jovens. Também reportaram menos comportamentos de autocuidado e perceberam sua saúde bucal mais precária que em indivíduos jovens. Idosos com renda mais baixa, mesmo conscientes da necessidade do cuidado odontológico e das consequências de uma saúde bucal deficiente, não a consideravam um fator importante para seu bem-estar geral.

Alguns autores sugerem que pessoas idosas acreditam poder realizar sua higiene bucal apropriadamente, mas não estão cientes das suas limitações e do pouco efeito dos seus esforços (MANDEL, 1993).

EKELUND (1988) investigou os hábitos de higiene (escovação de dentes e prótese totais) de 480 idosos institucionalizados na Finlândia. As entrevistas revelaram que 64% dos idosos possuíam escova de dente ou de prótese. Destes, 86% afirmaram ser capaz de escovar seus próprios dentes e dentaduras e 73% afirmaram escovar dentes e próteses todos os dias. Entretanto, ao exame clínico, quase todos os idosos dentados possuíam placa e dois terços das próteses totais não estavam adequadamente limpas. Concluíram, que no total três quartos dos idosos necessitavam de instrução de higiene ou auxílio na realização da higiene bucal.

MACENTEE et al. (1991) objetivaram encontrar associações entre as condições de saúde bucal, saúde geral e comportamento e as atitudes perante a saúde

bucal de idosos institucionalizados. Foram entrevistados e examinados 487 idosos, amostra representativa dos residentes em casas geriátricas de Vancouver, Canadá. Sessenta e um por cento eram edêntulos. A presença de dentes naturais, a condição de saúde geral e a institucionalização influenciam atitudes e comportamentos dos idosos em relação à saúde bucal. Os resultados deste estudo suportam a idéia de que idosos institucionalizados utilizam serviços odontológicos se possuem dentes naturais, se têm consciência da necessidade de tratamento, e se suas preocupações são similares a dos idosos independentes.

Profissionais da saúde, inclusive cirurgiões-dentistas, e cuidadores de idosos tendem a ter pouca perspectiva em relação à longevidade do idoso e questionar a preocupação com a manutenção dos dentes na cavidade bucal. Atitudes negativas podem contribuir significativamente para a negligência extrema e para deficiência na saúde bucal dos idosos (JORGENSEN, 1992).

A negligência do cuidado odontológico

A Academia Americana de Odontologia Pediátrica, em 1996, definiu o conceito de negligência odontológica como *“Cárie dental, doenças periodontais e outras condições bucais que, se não tratadas, podem levar a dor, infecção e perda de função. Estes desfechos indesejáveis podem afetar adversamente o aprendizado, a comunicação, a nutrição, e outras atividades necessárias ao crescimento e desenvolvimento normal. Negligência odontológica é a falha intencional dos pais ou responsáveis em procurar e seguir o tratamento necessário que assegure um nível de*

saúde bucal essencial para realizar adequadamente as funções sem dor ou infecção”
(AAPD, 1996).

A negligência odontológica geralmente não é separada do conceito amplo de negligência (RUPP, 1998). As definições de negligência são bastante diversificadas na literatura. Porém pesquisadores concordam em conceituar negligência contra idosos como o ato de violação de direitos, o não-cumprimento de obrigações, a falta de cuidado ou responsabilidade que resulta em dano para o idoso (JORGENSEN, 1992; FELDER, HELM e KOENIG, 1986). A negligência típica refere-se à falha em suprir a pessoa idosa com as necessidades básicas da vida, como água, alimentação, vestimenta, proteção, higiene pessoal, cuidados médicos, conforto, segurança pessoal, entre outros (NATIONAL CLEARINGHOUSE OF FAMILY VIOLENCE, 1998).

A negligência pode ser ativa ou passiva de acordo com a intenção do cuidador, formal ou informal. Considera-se negligência ativa a recusa ou falha em garantir o cuidado obrigatório numa atitude consciente e intencional do cuidador de infligir fisicamente ou emocionalmente o idoso. A negligência passiva é a recusa ou falha em preencher uma obrigação do cuidador numa atitude não-consciente e intencional (BENNETT, 199-).

FELDER, HELM e KOENIG (1986), BENNETT, 199-; HOGSTEL e CURRY (1999) consideram negligência um tipo de abuso. Negligência intencional ou não-intencional, abandono, confinamento, desnutrição, privação de cuidados pessoais e médicos poderiam ser categorizados como abuso físico, além de negligência propriamente dita (FELDER, HELM e KOENIG, 1986).

O abuso contra idosos representa um conjunto de ações, únicas ou repetidas, que incluem maus tratos, intencionais ou não, ou o resultado de negligência contra indivíduos idosos. É causa de dano, prejuízo ou *stress*, podendo ser temporário ou prolongado (BENNETT, 199-). O abuso caracteriza-se por estar inserido numa relação na qual há expectativa de confiança pelo indivíduo idoso (FELDER, HELM e KOENIG, 1986). Logo, podem-se encontrar casos de abuso tanto em instituições quanto no próprio domicílio (JORGENSEN, 1992).

Além da negligência outros tipos de abuso são citados pela literatura: abuso físico, abuso sexual, psicológico, abuso financeiro ou material, violação de direitos e abandono (BENNETT, 199-; HOGSTEL e CURRY, 1999).

O Quadro 1 traz alguns sinais específicos de abuso contra idosos.

Quadro 1 - Sinais de abuso contra idosos

Abuso Físico	<p>Visitas frequentes a serviços de emergência com lesões traumáticas</p> <p>Atraso no tratamento médico</p> <p>Falta em consultas e de cooperação no tratamento</p> <p>Sinais de maus-tratos anteriores não-explicados</p> <p>Contusões, marcas de mordida, arranhões, fraturas, olho roxo, dentes quebrados, perda de cabelo, queimaduras</p> <p>Não-aceitação do banho, pois os sinais de maus-tratos podem ser vistos</p>
Abuso Psicológico	<p>Paranóia ou depressão</p> <p>Medo de estranhos ou do seu próprio ambiente</p> <p>Dubiedade ou quietude perante o cuidador</p> <p>Confusão e desorientação</p>
Abuso Financeiro	<p>Serviços são desligados por falta de pagamento, quando outra pessoa deveria pagar as contas.</p> <p>Gastos feitos por outra pessoa sem autorização legal</p> <p>Compras de alimentos, bens e serviços desnecessários.</p>
Negligência Física	<p>Desnutrição (perda de peso, falta de energia, sonolência)</p> <p>Desidratação</p> <p>Higiene deficiente (roupas sujas, dentes cariados, unhas sujas)</p> <p>Úlceras de decúbito</p> <p>Condições de vida em ambiente não-seguro</p> <p>Falta de limpeza de roupas pessoais e de cama, incontinência sem proteção</p> <p>Intestino preso ou diarreia</p> <p>Óculos, dentaduras e aparelhos auditivos quebrados ou perdidos</p> <p>Sinais de sobremedicação ou submedicação</p> <p>Contraturas por falta de movimento nas articulações</p>
Negligência Psicológica	<p>Desejo por atenção e socialização</p> <p>Depressão</p> <p>Recolhimento</p> <p>Raiva ou indiferença</p> <p>Baixa auto-estima</p> <p>Aquele que abusa fala pelo abusado.</p> <p>Falta de participação nas decisões</p> <p>Isolamento social e físico</p> <p>Explicações vagas para os sinais de maus-tratos</p>
Negligência Financeira	<p>Pouca comida em casa</p> <p>Medicações prescritas não-disponíveis</p> <p>Desvio de correspondência, contas e pagamentos</p> <p>Ausência de lembrança sobre preenchimento de cheques de valor alto</p>

Adaptado de HOGSTEL e CURRY, 1999. Obs: (O grifo é nosso.)

Devido à falta de homogeneidade nos conceitos de abuso e negligência e outros fatores sociais intrínsecos à questão das denúncias de maus-tratos, é muito difícil se obterem dados de prevalência e incidência condizentes com a realidade.

OGG e BENNETT (1992) estudaram a prevalência de abuso contra idosos no Reino Unido em 1992. Foram entrevistados 2130 adultos, sendo 589 idosos, uma amostra representativa de todo país. A porcentagem de adultos acima de 16 anos que relataram ter praticado abuso verbal ou físico contra idosos foi de 10,3%. Nove por cento dos idosos relataram já ter sofrido algum tipo de abuso verbal, físico ou financeiro. Este estudo evidenciou abuso domiciliar contra idosos, pois excluiu idosos institucionalizados e doentes. Considerando estes como os grupos de maior risco ao abuso, os autores sugerem que as taxas de abuso entre idosos frágeis são maiores que as taxas na população em geral.

PILLEMER E MOORE (1989), realizaram nos EUA um levantamento com 577 enfermeiros e cuidadores funcionários de casas geriátricas. Os profissionais foram questionados sobre abuso físico e psicológico infligidos contra idosos por outros colegas e por eles mesmos. Trinta e seis por cento da amostra viu pelo menos um incidente de abuso físico no anterior, e 81% testemunhou pelo menos uma situação de abuso psicológico. Dez por cento dos profissionais admitiram ter cometido um ou mais atos de abuso físico e 40% admitiram abuso psicológico.

Cabe ressaltar, nesse momento, o conceito de abuso institucional. Segundo o *National Clearinghouse of Family Violence*, órgão canadense, abuso e negligência em instituições referem-se a “qualquer ato ou omissão dirigidos diretamente aos

residentes de uma instituição que cause prejuízo, ou prive a pessoa da sua independência”.

Atos e omissões podem ocorrer devido à falha no treinamento ou educação da equipe em relação ao cuidado com o idoso, ao *stress* relacionado com o trabalho, à estrutura organizacional da instituição, às atitudes e cultura dos cuidadores, à personalidade psicopatológica dos indivíduos da equipe, à falta de recursos para prover assistência de boa qualidade e às características da personalidade da vítima (BENNETT,199-).

O cuidado odontológico em instituições geriátricas

O cuidado humano é a essência da profissão de enfermagem. Visa a suprir as necessidades básicas do ser humano como integridade física, segurança, alimentação, higiene e conforto e cuidados espirituais (DUARTE, 1996). O cuidado odontológico é considerado uma das atividades básicas da enfermagem (CROSBY, 1989).

O cuidado da saúde bucal de idosos é denominado cuidado odontogeriátrico. O cuidado odontogeriátrico inclui, pelo menos, o diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie, doenças periodontais e da mucosa, dores de cabeça e pescoço, disfunções salivares, problemas com próteses e comprometimento das funções de mastigação, deglutição e paladar. (ETTINGER e MULLIGAN, 1999)

Em grupos minoritários, especialmente naqueles socialmente excluídos, as iniquidades referentes à possibilidade de preservar a sua saúde bucal, bem como a

discriminação no acesso aos serviços odontológicos tem aumentado. Nessa população, da qual faz parte a maioria dos idosos institucionalizados, geralmente a saúde bucal é ruim, o acesso à assistência odontológica é dificultado, e bons padrões de higiene e cuidados odontológicos necessitam ser recuperados. Idosos institucionalizados têm menos dentes e mais lesões de cárie em geral e cárie de raiz que outros grupos de idosos (DAVIES, BEDI e SCULLY, 2000).

Nas instituições que possuem idosos semidependentes ou dependentes a deficiência na higiene bucal representa o mais sério problema de saúde bucal. O cuidado é geralmente deixado a cargo do próprio paciente ou delegado a funcionários pouco treinados ou considerado função da equipe de dentistas (WARDH, ANDERSSON e SÖRENSEN, 1997).

A maioria dos idosos necessita de assistência de cuidadores para suas atividades básicas diárias como tomar banho, vestir-se, fazer o toalete e comer. A higiene bucal, quando realizada, o é pelos cuidadores no mesmo momento do banho, porém não há na literatura relatos mais precisos dessas atividades (CHALMERS et al., 1996).

KAMBHU e LEVY (1993) estudaram os cuidados praticados em casas geriátricas de Iowa, EUA. Foram entrevistados os diretores de 188 instituições. Houve grande variação no padrão de cuidado entre as casas. Oitenta e nove por cento relataram incluir a higiene bucal no plano de cuidados de todos os residentes (banho, barba, manicure). Sessenta e oito por cento das casas relataram que todo idoso dentado tinha seus dentes escovados regularmente e estimou-se que 12% dos dentados não recebiam cuidados odontológicos regulares. A maioria dos

procedimentos era realizada por cuidadores. Casas com menos de 60 idosos possuíam melhores níveis de cuidado em saúde bucal. Os autores sugerem que as instituições que abrigam idosos devem assumir a responsabilidade de manter, por meio da ação dos cuidadores, a higiene bucal dos residentes que não podem fazê-lo.

HOAD-REDDICK e HEATH (1995) compararam instituições geriátricas quanto ao porte, a natureza jurídica e a regularidade de visitas odontológicas no intuito de identificar os idosos institucionalizados que mais necessitavam de atenção e assistência odontológica. As casas de maior porte (mais de 18 residentes) eram na sua maioria filantrópicas, geralmente contavam com a visita regular de um dentista e os funcionários demonstravam um maior entendimento sobre os problemas bucais. Em contrapartida, as casas privadas possuíam menor número de residentes e apresentavam-se mais auto-suficientes na realização do cuidado odontológico. Os autores concluem que instituições maiores e filantrópicas possuem melhor organização para a provisão de cuidado odontológico que casas privadas e de menor porte.

O cuidado odontológico ou a manutenção da saúde bucal não tem sido prioritária para idosos e para os cuidadores. A falta de conhecimento e organização dos cuidadores e a pouca atenção no currículo de enfermagem para assuntos referentes à saúde bucal são citados como fatores responsáveis (LOGAN et al., 1991; CHALMERS et al., 1996).

CHALMERS et al. (1996) realizaram um estudo objetivando constatar quais os fatores que influenciavam os cuidadores na provisão do cuidado odontológico em uma instituição para idosos em Iowa, EUA. Foram entrevistados 488 cuidadores com

média de idade de 38 anos. Os cuidadores relataram realizar escovação dental (86,3%) e limpeza das próteses totais (89,6%), porém despendiam pouco tempo, menos de três minutos por residente. Outros cuidados como bochechos com soluções com e sem flúor e limpeza interdental também foram relatados em menores proporções. Foram consideradas causas que impediam a provisão adequada de cuidados odontológicos a falta de tempo e de pessoal, dificuldades físicas e de comportamento dos idosos e a falta de um programa de educação em saúde bucal específico para cuidadores de idosos. Dos 93,8% que possuíam o treinamento (*Certified Nurses' Aide*), 73,5% dos cuidadores mencionaram ter participado de aulas sobre saúde bucal, enquanto 26,5% não haviam participado ou não lembravam. Os autores apresentaram também um diagrama-modelo dos fatores influentes agrupando em quatro grandes segmentos: características organizacionais da instituição, formação profissional do cuidador, características pessoais do cuidador, características dos idosos da instituição (Figura 1).

LOGAN et al., (1991) estudaram as atitudes e os conhecimentos errôneos que profissionais de enfermagem e diretores de instituições para idosos possuíam em relação à saúde bucal. Foram entrevistados 272 enfermeiros, 122 diretores e 222 cuidadores domiciliares em Iowa, EUA. Considerando as atitudes de diretores e enfermeiros, as limitações físicas e financeiras constituiriam os maiores obstáculos para promover a saúde bucal dos residentes. Para os cuidadores domiciliares, as limitações físicas e financeiras e a falta de cooperação dos idosos foram os maiores obstáculos. As enfermeiras relataram também falta de tempo como um problema. Sessenta e três por cento dos entrevistados relataram fornecer alguma forma de instrução sobre higiene bucal ou sobre problemas dentais e um número semelhante

relatou fornecer cuidado odontológico. Entretanto, 25% dos cuidadores domiciliares questionaram a própria habilidade de fazê-lo corretamente. Em relação aos conhecimentos dos entrevistados, os autores declararam que algumas concepções erradas identificadas no estudo (ex: uso próteses totais, remoção de placa, uso de adesivos para dentadura, reconhecimento de lesões potencialmente cancerosas,...) têm conseqüências importantes no bem-estar da pessoa idosa. Os autores sugerem que programas de treinamento realizados dentro das instituições podem corrigir conceitos e informar adequadamente os profissionais que lidam com idosos.

BLANK, ARVIDSON-BUFANO e YELLOWITZ (1996) relacionaram o efeito da formação educativa e profissional na habilidade dos profissionais de enfermagem em determinar as condições da saúde bucal de idosos institucionalizados. A amostra consistiu em 18 profissionais com diferentes níveis de formação, que foram requisitados a determinar as condições de saúde bucal de 50 residentes antes e depois de uma atividade educativa (palestra) sobre diagnóstico bucal. Enfermeiros que visitavam regularmente o dentista, graduadas há mais de 5 anos, com mais de 5 anos de experiência, concordaram mais com os achados do cirurgião –dentista (padrão-ouro). Enfermeiros que receberam treinamento em saúde bucal concordaram mais que aqueles enfermeiros com treinamento geral ou cuidadores sem treinamento (leigos). A formação dos profissionais de enfermagem influenciou significativamente o desempenho; enfermeiros com maior tempo de experiência em casas geriátricas, e com treinamento em saúde bucal identificaram problemas e estimaram a necessidade de tratamento mais apuradamente que os outros profissionais.

CHALMERS et al. (1999) investigaram as percepções de dentistas (n=409) e diretores de casas geriátricas (n=96) de Adelaide em relação a problemas encontrados na organização e provisão de cuidado odontológico aos idosos residentes. Algumas percepções foram coincidentes entre os dois grupos entrevistados: a falta de equipamento portátil e de uma área física adequada para realização do atendimento odontológico e o transporte de pacientes para consultórios dentários. Diretores identificaram problemas referentes aos residentes: desinteresse da família sobre a saúde bucal do seu idoso, obtenção do consentimento para atendimento odontológico, problemas cognitivos e de comportamento dos idosos e limitações financeiras. Já os dentistas identificaram problemas referentes à instituição: pouca prioridade dada pelos cuidadores à saúde bucal, necessidade de tempo para a realização do cuidado e o fato de os cuidadores não gostarem de realizar o cuidado.

CHUNG, MOJON e BUDTZ-JORGENSEN (2000) verificaram as percepções de administradores, médicos e cuidadores de idosos em relação à provisão e organização dos serviços odontológicos em instituições geriátricas de Genebra. Os resultados demonstraram um certo grau de desinformação em relação aos assuntos de saúde bucal entre os responsáveis por organizar e fornecer cuidado odontológico. Os administradores pareceram desinformados sobre os problemas de saúde bucal de idosos institucionalizados. Os cuidadores não se consideraram treinados o suficiente, e médicos não possuíam conhecimentos adequados. Os achados evidenciaram a necessidade de o cirurgião–dentista fazer parte da equipe de cuidados de saúde e responsabilizar-se pelo treinamento de outros profissionais da equipe.

RITOLI, KATZ e STOKES (1990) compararam as atitudes e crenças de cuidadores em relação ao cuidado odontológico e outros cuidados de saúde fornecidos a pacientes idosos institucionalizados. Os cuidadores demonstraram possuir conhecimento sobre suas responsabilidades e compreendiam a necessidade do cuidado odontológico em relação aos outros cuidados de saúde. Entretanto, embora conscientes dos benefícios que o cuidado odontológico poderia trazer aos idosos, consideravam uma das tarefas menos agradáveis tanto para eles quanto para os idosos.

WARDH, ANDERSSON e SÖRENSEN (1997) compararam as atitudes relativas ao cuidado odontológico de enfermeiros, auxiliares de enfermagem e cuidadores domiciliares de idosos. Noventa e três por cento dos enfermeiros, 92% dos auxiliares e 73% dos cuidadores domiciliares haviam recebido alguma forma de educação em saúde bucal. Os auxiliares eram os mais envolvidos na realização do cuidado odontológico. Os enfermeiros consideravam mais importante a necessidade de cuidados odontológicos e gastavam mais tempo nessa tarefa que os outros grupos. Cuidadores domiciliares e auxiliares demonstraram uma tendência de considerar o cuidado odontológico mais uma tarefa que “deveria ser cumprida” do que uma tarefa “agradável”. A razão mais freqüentemente relatada para a inadequada provisão de cuidado odontológico foi a falta de cooperação dos idosos. Os autores ponderaram que possuir informações sobre saúde bucal não garante que essas habilidades sejam postas em prática e recomendaram o estímulo a atitudes positivas, treinamento, práticas e discussões.

Outros estudos comprovam a eficácia de processos educativos, transmissão de informação, treinamento e conscientização de cuidadores na determinação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados e necessidade de tratamento (ARVIDSON-BUFANO, BLANK e YELLOWITZ, 1996) e na melhora do desempenho de cuidados odontológicos e, conseqüentemente, da saúde bucal de idosos institucionalizados (ISAKSSON et al., 2000).

WARREN, KAMBHU e HAND (1994) estudaram os fatores relacionados à aceitação de tratamento restaurador, cirúrgico e protético, por uma população idosa institucionalizada. Os autores concluíram que a restrição financeira parece ser a principal preocupação, constituindo uma barreira para o tratamento odontológico e influenciando a utilização dos serviços odontológicos por idosos institucionalizados.

Segundo AXELSSON e LINDHE (1978), é possível por meio da instrução de higiene dental e profilaxia estimular adultos a adotar hábitos adequados de higiene bucal. Neste estudo, pessoas que utilizaram técnicas apropriadas de higiene durante três anos não desenvolveram sinais de gengivite, não sofreram perda periodontal e de inserção e praticamente não desenvolveram cárie. Os autores afirmam que o tratamento odontológico não é efetivo na cura da cárie e doença periodontal.

A saúde bucal de idosos residentes em instituições é bastante precária devido ao acesso limitado aos serviços odontológicos e à inexistência de uma rotina diária de higiene bucal. Porém somente o acesso ao dentista e pessoal auxiliar não é suficiente para solucionar os problemas de saúde bucal em instituições geriátricas (MACENTEE, 2000).

O fornecimento da assistência odontológica para idosos institucionalizados apresenta-se como um enorme desafio para os profissionais da odontologia. Estes desafios vão desde a existência de pessoal treinado, disponibilidade de equipamentos, recursos para assistência e as condições bucais dos idosos (STRAYER, 1999).

Figura 1 - Fatores que influenciam a provisão de cuidado odontológico a idosos institucionalizados



Adaptado de CHALMERS et al. (1996).

PROPOSIÇÃO

O objetivo geral deste trabalho foi identificar características do cuidado odontológico proporcionado aos idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte, no município de Porto Alegre/RS, e estabelecer sua relação com o estado de higiene bucal deste grupo de pessoas.

Nesse contexto, a investigação procurou:

- identificar normas, orientações e procedimentos de proteção da saúde bucal dos residentes;
- conhecer a percepção de cuidadores e supervisores/dirigentes das instituições sobre a responsabilidade pela provisão do cuidado odontológico;
- identificar dificuldades para a provisão do cuidado odontológico;
- identificar o modo e a regularidade do cuidado odontológico;
- contextualizar os procedimentos de cuidado odontológico no rol de tarefas que os cuidadores executam;
- conhecer a qualificação dos cuidadores para a realização da higiene bucal de idosos, e

- descrever a condição de higiene bucal dos idosos e relacioná-la com o sexo, idade, tempo de institucionalização e nível de dependência dos residentes, número de cuidadores e preço mensal cobrado pela instituição.

MÉTODO

Seleção da amostra

Instituições

A definição da amostra das instituições geriátricas que viriam a ser visitadas pela pesquisadora ofereceu uma dificuldade inicial que se transformou em mais uma oportunidade de colaboração do programa de Pós-graduação em Odontologia da UFRGS com a comunidade porto-alegrense. Constataram-se deficiências de informação sobre tais estabelecimentos que impossibilitavam adequada seleção aleatória da amostra. Então, ao abrigo de convênio firmado entre a Secretaria da Saúde do Município de Porto Alegre e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, estabeleceu-se um frutífero trabalho com o setor de Vigilância em Saúde para depurar e atualizar as informações cadastrais de que dispunha.

Numa primeira etapa, foram acessados todos os processos de autorização de funcionamento de instituições geriátricas existentes no Setor de Vigilância em Saúde. Por intermédio da análise destes processos, inicialmente, foram excluídos os estabelecimentos que sofreram interdição e aqueles que encerraram espontaneamente suas atividades. Tal providência permitiu a confecção de uma listagem preliminar das instituições. Concluída essa fase, tratou-se de verificar a real existência de cada uma das casas geriátricas incluídas nesta listagem preliminar. Ademais, havia necessidade de coletar e reunir um conjunto de informações básicas relevantes sobre

as instituições geriátricas, de modo a complementar os dados cadastrais da Secretaria. A escolha das informações a serem levantadas foi adequada às necessidades da pesquisa, bem como do interesse do Setor de Vigilância.

A mencionada ausência de dados sobre as casas geriátricas nos respectivos processos analisados foi então suprida mediante coleta por consultas telefônicas, ou mediante visita a campo efetuada pela pesquisadora. A Secretaria da Saúde proporcionou o necessário suporte operacional, e mais de 40 endereços foram visitados com o intuito de conferir a presença de casas geriátricas e, conseqüente atualização de cadastro. Foram cinco turnos de visitas (três manhãs e duas tardes), durante as duas últimas semanas do mês de julho de 2000. No mês de setembro de 2000, estabeleceu-se a relação definitiva de todas as casas geriátricas de Porto Alegre, das quais 90 se enquadravam na categoria de pequeno porte (COREN-RS, 2000), ou seja, abrigavam 20 ou menos idosos (ANEXO 1).

O custo e principalmente o tempo demandado para a realização das entrevistas, em cada casa, com os supervisores e cuidadores - neste caso abrangendo pessoas cobrindo as 24 horas de funcionamento - e mais a realização dos exames clínicos nos idosos, foram fatores condicionantes para a definição do número de 12 (doze) instituições geriátricas que viriam compor a amostra.

As casas geriátricas foram ordenadas alfabeticamente pelo nome da rua em que se localizavam. Com o auxílio de uma tabela de números aleatórios processou-se o sorteio inicialmente de 12 casas, descartando-se sempre aquelas com 21 ou mais residentes. Este contingente representou 13,33% do número de casas de pequeno porte em funcionamento.

Os responsáveis pelas instituições foram contatados, num primeiro momento, pessoalmente ou por telefone. A pesquisadora explicava o teor e os objetivos da pesquisa e indagava sobre o interesse da casa em participar do estudo. À medida que se inviabilizava alguma delas, procedia-se a substituição por meio do mesmo procedimento de sorteio com uso de tabela de números aleatórios. A definição das 12 casas exigiu 18 sorteios, pois quatro casas geriátricas não aceitaram participar (uma delas de propriedade de um cirurgião-dentista!), uma casa sorteada havia sido recém inaugurada e ainda não possuía residentes. E outro estabelecimento havia encerrado suas atividades e transferido seus residentes. Deve-se ressaltar que as 90 instituições de pequeno porte abrigavam um total de 983 idosos e que, nas instituições que compuseram a amostra, residiam 151 idosos, representando 15% do total.

Cuidadores

No presente estudo utilizou-se o conceito de “cuidador primário” de BLANCO (1995), ou seja, aquela *“pessoa responsável por prover cuidados ao idoso que requer assistência para as atividades do dia-a-dia como alimentar-se, banhar-se, vestir-se e realizar sua higiene”*.

Participaram do estudo os cuidadores primários das instituições pesquisadas que trabalhavam no estabelecimento na primeira data agendada para a realização da pesquisa. A pesquisadora retornou às instituições outras vezes no intuito de cobrir os diferentes turnos de cada instituição, de forma a assegurar que, pelo menos um cuidador de cada turno em cada instituição fosse entrevistado.

Idosos

Nas instituições pesquisadas, participaram do estudo os residentes de idade igual ou superior a 60 anos, com capacidade física e mental para serem examinados, portadores dos dentes necessários à aplicação do índice de placa em dentes de Sillnes e Løe (SILLNESS e LÖE, 1963), e/ou de prótese total superior para a aplicação do índice de placa em próteses totais de Ambjornsen (AMBJORNSSEN et al., 1982), e, finalmente, que respondessem afirmativamente ao consentimento.

Consentimento informado

Os participantes do estudo, supervisores, cuidadores e idosos, formalizaram seu consentimento mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Informado, necessário para o cumprimento dos aspectos éticos da pesquisa (ANEXOS 2 e 3).

Informações referentes às instituições

Além dos dados coletados preliminarmente por ocasião da tarefa de atualização cadastral no serviço de Vigilância em Saúde do município, as informações sobre as instituições geriátricas pesquisadas foram obtidas perante a respectiva direção ou supervisão pelo preenchimento de um questionário estruturado com os seguintes campos (ANEXO 4):

- Nome da instituição

- Ano de fundação
- Natureza jurídica
- Situação perante a Vigilância em Serviço de Saúde
- Número de idosos residentes (porte)
- Preço mensal cobrado por idoso
- Recursos humanos (quantidade de cuidadores leigos, auxiliares de enfermagem, técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e cirurgiões-dentistas).
- Presença de consultório odontológico

Após a aplicação do questionário estruturado, seguiu-se entrevista com o diretor ou supervisor obedecendo a um roteiro previamente elaborado. Segundo MINAYO (1996), a entrevista é uma “*conversa com finalidade*”, e o uso do roteiro visa “*apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa*”. A autora assevera que o roteiro contribui para fazer “*emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores*”. Com o intuito de fazer revelar as percepções e o envolvimento da administração na provisão do cuidado odontológico, os temas do roteiro abordaram:

- Normas e procedimentos da instituição para a provisão do cuidado odontológico.

- Normas e procedimentos da instituição para o encaminhamento de problemas odontológicos apresentados pelos residentes.
- Dificuldades encontradas pela instituição para o fornecimento do cuidado odontológico no dia-a-dia.

As respostas obtidas a estas indagações foram gravadas e transcritas. A análise destas entrevistas foi feita pela técnica da análise de conteúdo proposta por BARDIN (1979). Esta técnica preconiza a construção da análise em três etapas: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Informações referentes aos cuidadores

As informações sobre os cuidadores pesquisados foram obtidas pelo preenchimento de um questionário estruturado com os seguintes campos (ANEXO 5):

- Idade
- Sexo
- Formação em enfermagem
- Número de idosos sob seus cuidados na instituição
- Tempo de experiência como cuidador

- Tempo de experiência como cuidador nesta casa geriátrica
- Informações e treinamento em relação à higiene geral de idosos
- Informações e treinamento em relação à higiene bucal de idosos
- Acesso a materiais para a realização da higiene bucal

Num segundo momento, o questionário buscou contextualizar o cuidado odontológico nas diversas atividades cotidianas que possivelmente constituiriam o rol de tarefas de um cuidador primário de idosos. Foram referenciadas as seguintes atividades:

- Cortar as unhas das mãos/pés
- Dar ou auxiliar o banho
- Cortar cabelo
- Pentear cabelo
- Vestir/trocar roupas
- Administrar medicação
- Auxiliar na alimentação
- Trocar fraldas
- Escovar os dentes
- Limpar as próteses dentais

Cada uma das atividades referenciadas foi avaliada segundo a regularidade com que era exercida. Foram consideradas atividades de frequência regular aquelas desempenhadas sistematicamente num mesmo horário ou período (do dia, da semana ou do mês), ou vinculadas a alguma outra atividade realizada com regularidade. Atividades com frequência aleatória eram as realizadas sem regularidade, ocorrendo ocasionalmente.

Imediatamente após a aplicação do questionário, a pesquisadora entrevistou cada cuidador, com o intuito de verificar a percepção sobre idênticos temas abordados com os supervisores. Para tanto a entrevista seguiu o mesmo roteiro contemplando:

- Normas e procedimentos para a provisão do cuidado odontológico.
- Normas e procedimentos da instituição para o encaminhamento de problemas odontológicos apresentados pelos residentes.
- Dificuldades encontradas pelo cuidador para o fornecimento do cuidado odontológico.

As respostas obtidas a estas indagações semi-estruturadas também foram gravadas e transcritas. A análise foi feita pela técnica proposta por BARDIN (1979), anteriormente mencionada.

Condição de higiene bucal dos idosos

O procedimento de análise da condição de higiene bucal dos idosos foi estruturado segundo os princípios que regem a determinação do índice de placa dental de Silness e Loë e segundo os princípios para a apuração do índice de placa em prótese de Ambjornsen. (SILNESS e LOË, 1963; AMBJORNSSEN et al., 1982). Os dados clínicos foram registrados em fichas individuais numeradas (ANEXO 6).

O índice proposto por Silness e Løe utiliza seis dentes-índices (16, 12, 34, 36, 32 e 44) para o exame de placa são examinadas quatro faces (mesial, distal, vestibular e lingual/palatal) e cada qual recebe um *score* que varia de 0 a 3, conforme a quantidade de placa. Os *scores* são somados e divididos por quatro para se obter o *score* de um elemento dental. O *score* do indivíduo é o resultado da soma dos *scores* dos dentes presentes examinados dividido pelo número de dentes presentes examinados. Dentes faltantes não são substituídos. O Quadro 2 indica os critérios que associam os *scores* à presença e quantidade de placa:

Quadro 2 - Scores e critérios do índice de placa em dentes de Silness e Løe (1963)

<i>Scores</i>	Crítérios
0	Ausência de placa
1	Placa aderida ao dente, podendo ser detectada <i>in situ</i> somente após sondagem.
2	Acúmulo moderado de placa dentro do sulco ou sobre a superfície do dente ou margem gengival, podendo ser vista a olho nu.
3	Acúmulo abundante dentro do sulco ou sobre a superfície do dente e margem gengival

O índice de placa em prótese proposto por AMBJORNSSEN et al. (1982) utiliza os mesmos *scores* e critérios semelhantes para quantificar o acúmulo de placa. São examinadas cinco áreas da superfície interna de próteses totais superiores: papila incisiva, a porção mais distal de ambas as tuberosidades e duas áreas laterais (à esquerda e à direita) distantes 1 (um) centímetro da linha média do palato. Cada área é limitada por um círculo de 1 (um) centímetro de diâmetro. O índice é resultante da soma dos *scores* das cinco áreas. O Quadro 3 indica os critérios referentes aos *scores* relativos à quantidade de placa:

Quadro 3 - Scores e critérios do índice de placa em prótese de Ambjornsen (1982)

<i>Scores</i>	Crítérios
0	Ausência de placa
1	Placa aderida à prótese, podendo ser detectada somente após sondagem.
2	Acúmulo moderado de placa, podendo ser detectada a olho nu.
3	Acúmulo abundante de placa

Os exames foram realizados por dois cirurgiões-dentistas calibrados, ambos sempre presentes. Para a realização do exame os idosos foram posicionados sentados próximo a uma janela para maior aproveitamento da iluminação natural. Aqueles impossibilitados de locomoção foram examinados no leito. Utilizaram-se luvas e máscaras descartáveis, sonda exploradora, espelho e pinça esterilizados.

Avaliação da capacidade funcional dos idosos

A aferição da capacidade funcional dos idosos foi obtida por meio da aplicação do índice de Katz (ABRAMS e BEERS, 1995). Esse índice resulta da análise de seis atividades relevantes do cotidiano da pessoa idosa (Quadro 4): capacidade do idoso de tomar banho, de vestir-se, fazer o toalete, de locomover-se, de alimentar-se e continência.

Quadro 4 - Atividades-componentes diárias para a determinação do índice de Katz

Banha-se totalmente sozinho ou recebe ajuda somente em uma parte do corpo (esponja de banho, ou chuveiro).
Escolhe as roupas e se veste sem nenhuma assistência, exceto para calçar sapatos.
Vai ao toalete, usa-o, organiza as roupas, e retorna sem nenhuma assistência (pode usar bengala ou andador como apoio).
Deita-se ou levanta-se da cama ou senta-se em uma cadeira (pode usar uma bengala ou andador).
Tem autocontrole do intestino (fezes) e da bexiga (urina) (sem “acidentes” ocasionais).
Alimenta-se sem assistência (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão).

Para cada atividade realizada a pessoa idosa recebe um *score*. O *score* final é o somatório dos *scores* atribuídos, podendo então variar de zero a seis. Segundo o *score* obtido, a pessoa é enquadrada em uma das três categorias de dependência seguintes (Quadro 5). (ANEXO 7)

Quadro 5 - Critérios de dependência segundo índice de Katz

Soma dos <i>scores</i>	Categoria
0-2	Dependente
3-4	Moderadamente dependente
5-6	Independente

Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado no mês de agosto no Asilo Padre Cacique, em Porto Alegre, com o intuito de adequar a aplicação dos instrumentos de coleta de dados e calibrar os examinadores para os exames bucais.

Calibração dos examinadores

Foram escolhidos aleatoriamente 23 idosos dos 125 residentes (18,4%). O grupo era constituído por 8 homens e 15 mulheres, com idade variando de 60 a 89 anos. Os critérios de inclusão utilizados foram: idade superior a 60 anos; uso de prótese total superior e/ou a presença de dentes independentemente da quantidade; e capacidade física e mental para ser examinado. Todos os idosos examinados receberam uma breve explicação da proposta do trabalho e autorizaram a realização do exame.

Todos os 23 idosos foram examinados sucessivamente pelos dois examinadores, sem que os resultados obtidos por um examinador fossem observados pelo outro. Os exames ocorreram durante três dias, pela parte da manhã, no ambulatório odontológico da referida instituição ou no leito.

Os dados colhidos foram anotados em fichas individuais de exame pelo próprio examinador. A concordância entre examinadores foi avaliada utilizando-se o teste estatístico Kappa. Obteve-se um valor Kappa de 0,62 para o índice de placa em dentes e 0,90 para o índice de placa em próteses ($p < 0,05$).

Os examinadores foram recalibrados continuamente no decorrer do estudo. A cada 10 idosos examinados, um idoso era examinado duplamente por ambos os examinadores.

- 1.

RESULTADOS

Instituições

O Quadro 6 apresenta o nome-fantasia, a localização (bairro), o ano de fundação e a quantidade de idosos residentes das 12 instituições que participaram do estudo.

Quadro 6 - Casas geriátricas pesquisadas, localização, fundação e número de idosos residentes, Porto Alegre, 2000

NOME DA INSTITUIÇÃO	LOCALIZAÇÃO	ANO DE FUNDAÇÃO	No. DE IDOSOS RESIDENTES
Anita Garibaldi	Bela Vista	1985	12
Bela Vista	Bela Vista	1985	12
Companhia da Vovó	Cristo Redentor	1996	12
Lar Esperança	Glória	1997	13
Multiassistencial	Petrópolis	1998	4
Pequeno Príncipe	Teresópolis	1997	4
Recanto Feliz	Protásio Alves	1996	20
Rio Branco	Rio Branco	1986	14
Santa Catarina	Protásio Alves	1996	20
Santa Sara	Santo Antônio	1996	17
São Jorge	Jardim Itu Sabará	1992	11
Xallé Santana	Glória	1993	12

Todas as instituições que compuseram a amostra pesquisada eram organizações privadas com finalidade de lucro, constituídas sob a forma de sociedade por cotas de responsabilidade limitada ou então firma individual. Nenhuma delas possuía caráter filantrópico, característica que se observa nas casas de pequeno porte. O preço mensal médio ponderado que cobravam, por idoso residente, alcançava a cifra de R\$ 800,00.

Ao serem perguntados sobre os valores cobrados, em geral, os supervisores relataram uma variação de preços, dentro da própria instituição, em consequência do custo associado ao grau de dependência do idoso e do tipo de acomodação proporcionada. A definição dos preços médios ponderados, de cada instituição, resultou da consideração dos diversos valores aplicados, balizados pelos preços máximos e mínimos. Apenas uma instituição não forneceu o dado. No Quadro 7 tem-se o valor médio cobrado em cada instituição.

Quadro 7 - Valor médio cobrado, por idoso residente, por mês nas instituições pesquisadas, Porto Alegre, 2000

NOME DA INSTITUIÇÃO	CUSTO MENSAL MÉDIO (R\$)
Anita Garibaldi	750,00
Bela Vista	1.500,00
Companhia da Vovó	650,00
Lar Esperança	850,00
Multiassistencial	1.000,00
Pequeno Príncipe	151,00
Recanto Feliz	400,00
Rio Branco	950,00
Santa Catarina	900,00
Santa Sara	700,00
São Jorge	880,00
Xallé Santana	-

Em relação à situação perante a Vigilância em Serviço de Saúde da Secretaria da Saúde do Município de Porto Alegre, as casas foram classificadas em *regularizadas*, se não possuíam no momento da pesquisa Alvará de Saúde, *em fase de regularização*, se haviam iniciado processo de obtenção do Alvará, e *não regularizadas*, se não possuísem Alvará.

O Quadro 8 apresenta a situação das casas perante a Vigilância em Serviço de Saúde.

Quadro 8 - Situação das instituições pesquisadas perante à Vigilância em Serviços de Saúde, Porto Alegre, 2000

NOME DA INSTITUIÇÃO	SITUAÇÃO
Anita Garibaldi	Não regularizada
Bela Vista	Não regularizada
Companhia da Vovó	Não regularizada
Lar Esperança	Em fase de regularização
Multiassistencial	Regularizada
Pequeno Príncipe	Regularizada
Recanto Feliz	Regularizada
Rio Branco	Regularizada
Santa Catarina	Em fase de regularização
Santa Sara	Regularizada
São Jorge	Não regularizada
Xallé Santana	Em fase de regularização

As casas geriátricas por força da Resolução 218, do Ministério da Saúde, estão obrigadas a manter um profissional da saúde na condição de responsável técnico, que pode ser um assistente social, biólogo, profissional da educação física, farmacêutico, enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, psicólogo, médico-veterinário, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ou ainda um terapeuta ocupacional (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Também obrigam-se a contar com um enfermeiro para cuidado dos residentes e um nutricionista responsável pela alimentação fornecida. Nem todas as casas cumpriam essas três obrigações.

Além disto, a pesquisa procurou levantar que profissionais de saúde e leigos, de todos os três níveis de formação, prestavam serviços diretos de cuidados aos idosos nas instituições. Dentre o universo possível de profissionais com formação superior foram relatados: médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta. Técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem são as únicas ocorrências, respectivamente, de nível médio e fundamental. Nenhuma das casas possuía equipamentos odontológicos ou relatou possuir cirurgião-dentista participando do corpo de colaboradores permanentes. A distribuição dos recursos humanos em saúde, no conjunto das instituições pesquisadas, é apresentada no Quadro 9.

Quadro 9 - Profissionais de saúde nas instituições pesquisadas, Porto Alegre, 2000

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTIDADE	Nº DE CASAS COM PROFISSIONAL
Médico	11	11
Nutricionista	10	10
Fisioterapeuta	8	8
Enfermeiro	8	8
Psicólogo	1	1
Cirurgião-dentista	0	0
Técnico em enfermagem	5	3
Auxiliar de enfermagem	44	12
Cuidadores leigos	33	8

Como se observa, as categorias médico e nutricionista são relatadas em quase todas as casas, à exceção, respectivamente, de duas e uma casa. Tal fato reflete o caráter compulsório da indicação de um responsável técnico da instituição e do nutricionista. Nota-se, ademais, que apenas quatro casas indicaram não alocar leigos na equipe de atendimento.

Cuidadores

Foram entrevistados 43 cuidadores selecionados aleatoriamente, contratados com vínculo empregatício, das 12 casas geriátricas estudadas, sendo 41 do sexo feminino (95,3%) e apenas dois do sexo masculino (4,7%).

A idade média verificada situou-se em 36 anos.

O tempo médio de experiência como cuidador de idosos alcançou 51 meses e o tempo médio de trabalho na função de cuidador na instituição pesquisada foi de 22 meses. Os valores são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Idade e tempo de experiência dos cuidadores nas instituições pesquisadas, Porto Alegre, 2000: estatística descritiva (n=43)

	Idade (anos)	Tempo de experiência como cuidador idosos (meses)	Tempo de experiência na casa geriátrica (meses)
Média	36	51	22
Mediana	37	24	12
Desvio-padrão	11	66	29
Amplitude	40	274	143
Mínimo	17	2	1
Máximo	57	276	144

Segundo o relato dos cuidadores, em média, havia um cuidador para cada grupo de 13 idosos, considerados três turnos cobrindo as 24 horas do dia. Pelos dados obtidos, alcançou 7,25 a proporção de cuidadores por casa geriátrica (87/12).

Os cuidadores entrevistados, em relação à categoria profissional a que pertencem, estavam distribuídos em: atendente de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro. A distribuição dos cuidadores segundo a categoria profissional é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 - Categoria profissional dos cuidadores entrevistados, Porto Alegre, 2000

CATEGORIA	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM	PORCENTAGEM ACUMULADA
Leigo	19	44,2	44,2
Atendente de Enfermagem	2	4,7	48,8
Auxiliar de Enfermagem	18	41,9	90,7
Técnico de Enfermagem	3	7,0	97,7
Enfermeiro	1	2,3	100,0
Total	43	100,0	

Quando indagados se possuíam informações sobre como realizar a higiene geral de idosos, 40 cuidadores (93%) responderam afirmativamente. A variação ocorreu em relação ao local onde o cuidador recebeu as orientações. Vinte e quatro (55,8%) receberam no curso técnico, 12 (27,9%) na própria instituição e 4 (9,3%) em outros lugares, como hospitais e órgãos governamentais.

Em torno de três quartos dos cuidadores asseveraram possuir informações sobre como realizar a higiene bucal dos idosos, sendo que 15 deles (34,9%) receberam tais informações no curso técnico, 13 (30,2%) na própria instituição, e 5 (11,6%) em outro momento, como palestras ou seminários (Tabela 4).

Todos os cuidadores relataram possuir material de higiene bucal adequado, suficiente e acessível para realizar a higiene bucal dos idosos que estavam sob seus cuidados.

Tabela 4 - Informações sobre higiene geral e higiene bucal recebida pelos cuidadores das instituições pesquisadas, Porto Alegre, 2000

RESPOSTAS	Nº CUIDADORES		Nº CUIDADORES	
	HIGIENE GERAL	%	HIGIENE BUCAL	%
Não	3	7,0	10	23,3
Sim, na instituição	12	27,9	13	30,2
Sim, no curso	24	55,8	15	34,9
Outros	4	9,3	5	11,6
Total	43	100,0	43	100,0

A contextualização do cuidado odontológico com as diversas atividades cotidianas que possivelmente constituem o rol de tarefas de um cuidador primário de idosos foi analisada pelas respostas dadas pelos cuidadores em relação à frequência com que tais atividades são realizadas.

O Quadro 10 apresenta o número de cuidadores, num conjunto de 45, que relataram realizar as atividades.

Quadro 10 -Tarefas dos cuidadores primários das casas geriátricas pesquisadas, Porto Alegre, 2000

TAREFAS	Cuidadores que realizam a atividade	
	N	%
Cortar as unhas das mãos/pés	30	66,7
Administrar medicação	32	71,1
Cortar cabelo	39	86,7
Escovar os dentes	40	88,9
Limpar próteses dentárias	41	91,1
Dar ou auxiliar no banho	41	91,1
Trocar fraldas	41	91,1
Pentear cabelo	42	93,3
Vestir ou trocar roupas	42	93,3
Auxiliar na alimentação	45	100

Idosos

A distribuição dos idosos, por sexo, residentes e examinados em cada instituição é apresentada no Quadro 11.

Quadro 11 - Número de idosos residentes e examinados segundo sexo, por instituição pesquisada, Porto Alegre, 2000

INSTITUIÇÃO	Nº RESIDENTES			Nº DE EXAMINADOS		
	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL
Anita Garibaldi	1	11	12	1	8	9
Bela Vista	4	8	12	-	3	3
Companhia da Vovó	-	12	12	-	8	8
Lar Esperança	3	10	13	2	4	6
Multiassistencial	1	3	4	-	2	2
Pequeno Príncipe	1	3	4	-	3	3
Recanto Feliz	8	12	20	5	8	13
Rio Branco	3	11	14	2	4	6
Santa Catarina	8	12	20	6	6	12
Santa Sara	7	10	17	3	3	6
São Jorge	2	9	11	1	8	9
Xallé Santana	1	11	12	1	6	7
TOTAL	39	112	151	21	63	84

Foram examinados clinicamente 84 idosos, correspondendo a 55% dos residentes nas casas pesquisadas. Destes 63 (75%) foram mulheres e 21 (25%) homens. A idade média dos idosos examinados alcançou 79 anos. O tempo de institucionalização médio girou em torno de 2 anos (23 meses). Os valores mínimo, máximo, mediana, moda e desvio-padrão são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Idade (n=83) e tempo de institucionalização (n=81) dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000: estatística descritiva

	Idade (anos)	Tempo de institucionalização (meses)
Média	79	24
Mediana	79	12
Moda	76	1
Desvio-padrão	8,15	25,65
Amplitude	39	107
Mínimo	61	1
Máximo	100	108

O índice de placa médio em dentes encontrado nos idosos resultou 2,24, segundo os critérios de Sillnes e Løe. No exame em próteses, segundo o índice de Ambjornsen, o resultado apurado atingiu 7,14. A Tabela 6 apresenta estes valores, mínimos e máximos e desvio-padrão.

Tabela 6 - Índice de placa em dentes e próteses totais dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
Índice de placa em dente	43	0,38	3,00	2,24	0,70
Índice de placa em prótese	50	0	15	7,14	4,71

De acordo com o nível de dependência, cada um dos idosos examinados foi classificado como dependente, moderadamente dependente ou independente, segundo o

índice de Katz. A Tabela 7 traz a distribuição dos idosos pesquisados segundo o nível de dependência.

Tabela 7 - Distribuição dos idosos examinados segundo o nível de dependência (índice de Katz)

	Nº DE IDOSOS	PORCENTAGEM
Dependente	43	51,2
Dependência Moderada	17	20,2
Independente	24	28,6
Total	84	100,0

Análise Estatística

Para a comparação das médias obtidas pelos índices de placa em dente e em prótese foi utilizado Teste t. O intervalo de confiança assumido foi de 95%.

Não houve diferença estatística (CI=95%) quanto ao sexo dos examinados em relação à quantidade média de placa em dentes e em próteses (Tabela 8).

Tabela 8 - Média, desvio-padrão e valores de p da quantidade de placa em dentes e próteses segundo sexo dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000

PLACA	SEXO	N	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	VALOR DE p
Placa em dente	feminino	28	2,22	0,69	0,807
	masculino	15	2,28	0,75	
Placa em prótese	feminino	42	6,74	4,28	0,169
	masculino	8	9,25	6,48	

Quando comparadas as médias de placa em dente e em prótese de acordo com a faixa etária dos idosos, também não foi observada diferença estatística entre os grupos. O ponto de corte selecionado foi 80 anos, valor aproximado da média de idade dos idosos examinados (Tabela 9).

Tabela 9 - Média, desvio-padrão, e valores de p da quantidade de placa em dentes e próteses segundo a idade dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000

PLACA	IDADE	N	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	VALOR DE p
Placa em dente	< 80	24	2,07	0,73	0,087
	>= 80	18	2,46	0,66	
Placa em prótese	< 80	22	8,50	4,61	0,07
	>= 80	28	6,07	4,59	

Não foi encontrada diferença estatística quanto ao custo mensal das instituições para os idosos. O ponto de corte selecionado foi R\$800,00, pois se aproxima do preço mensal médio cobrado pelas casas pesquisadas (Tabela 10).

Tabela 10 - Média, desvio-padrão e valores de p da quantidade de placa em dentes e próteses segundo o preço mensal pelas instituições pesquisadas, Porto Alegre, 2000

PLACA	PREÇO MENSAL	N	MÉDIA	DESVIO -PADRÃO	VALOR DE p
Placa em dente	< \$800	21	2,15	0,68	0,144
	>= \$800	18	2,46	0,59	
Placa em prótese	< \$800	21	7,12	4,23	0,654
	>= \$800	18	7,76	5,43	

Foram comparadas as médias de prevalência de placa em relação ao número de cuidadores nas casas geriátricas pesquisadas. O ponto de corte foi 7, valor aproximado da média observada no estudo e valor recomendado pelo COREN-RS para instituições com até 20 idosos. Não foi encontrada diferença estatística nos valores médios de prevalência de placa em dente e prótese (Tabela 11).

Tabela 11 - Média, desvio-padrão e valores de p da quantidade de placa em dentes e em próteses segundo o número de cuidadores nas instituições pesquisadas, Porto Alegre, 2000

PLACA	CUIDADORES	N	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	VALOR DE p
Placa em dente	≥ 7	40	2,27	0,71	0,289
	< 7	3	1,81	0,38	
Placa em prótese	≥ 7	41	7,24	4,96	0,743
	< 7	9	6,67	3,54	

Também foram comparadas as médias de prevalência de placa em relação ao tempo de institucionalização dos idosos ($p > 0,05$). O ponto de corte foi 24 meses, valor aproximado da média do tempo de institucionalização observado no estudo (Tabela 12).

Tabela 12 - Média, desvio-padrão e valores de p da quantidade de placa em dentes e próteses segundo o tempo de institucionalização dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000

PLACA	TEMPO DE INST. (MESES)	N	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	VALOR DE p
Placa em dente	< 24	27	2,23	0,76	0,905
	≥ 24	15	2,25	0,65	
Placa em prótese	< 24	34	7,71	5,24	0,194
	≥ 24	14	5,71	3,24	

Pela análise de variância, verifica-se que não foram estatisticamente diferentes as médias de placa em dente e prótese segundo o nível de dependência dos idosos (Tabela 13).

Tabela 13 - Análise de variância dos valores médios de placa em dente e em prótese segundo o nível de dependência dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000

PLACA	NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	N	MÉDIA	DESVIO - PADRÃO	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%		ANOVA
					Limite Inferior	Limite Superior	
Placa em prótese	dependente	26	7,00	4,58	5,15	8,85	0,962
	moderado	14	7,14	5,19	4,15	10,14	
	independente	10	7,50	4,84	4,04	10,96	
	Total	50	7,14	4,71	5,80	8,48	
Placa em dente	dependente	23	2,41	0,59	2,16	2,66	0,058
	moderado	6	2,44	0,66	1,75	3,13	
	independente	14	1,87	0,81	1,41	2,34	
	Total	43	2,24	0,71	2,02	2,46	

A significância estatística foi quase alcançada em relação aos valores de placa em dente nos diferentes grupos de níveis de dependência. Com o objetivo de procurar diferenças entre os grupos independentemente e localizá-las, optou-se pelo teste LSD (Lower Significance Difference). Os resultados são apresentados na Tabela 14.

Tabela 14 - Valores médios de placa em dente segundo nível de dependência: significância por meio do teste LSD (Lower Significance Difference)

	Dependente X Moderado	Dependente X Independente	Moderado X Independente
Nível de significância	0,915	0,024*	0,092

* IC = 95%

Fica demonstrada a diferença estatística entre os grupos dependentes e independentes de idosos em relação à quantidade de placa em dentes ($p < 0,05$).

As variáveis dependentes *placa em dente* e *placa em prótese* foram dicotomizadas em duas categorias – ausente e presente. Foram considerados “*placa-ausente*” os idosos que possuíam média até 0,5 em dentes e soma final 0 a 2 em próteses. As variáveis independentes *sexo*, *idade*, *tempo de institucionalização*, *preço* e *número de cuidadores* foram transformadas em variáveis nominais com pontos de corte específicos. Utilizando o teste qui-quadrado, foram cruzadas as variáveis dependentes e independentes, objetivando detectar possíveis associações de categorias.

Os resultados das associações, frequências observadas e esperadas, e a significância alcançada são apresentados nas Tabela 15, Tabela 16, Tabela 17, Tabela 18, Tabela 19, Tabela 20, Tabela 21, Tabela 22, Tabela 23, Tabela 24.

Quando a frequência esperada era menor que cinco em alguma das caselas, pela impossibilidade de calcular-se o qui-quadrado, utilizou-se o Teste Exato de Fischer.

Tabela 15 - Presença de placa em dente segundo o sexo dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000

PLACA EM DENTE		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Ausente	Observados	1	1	2
	Esperados	1,3	0,7	2,0
Presente	Observados	27	14	41
	Esperados	26,7	14,3	42,0
Total	Observados	28	15	43
	Esperados	28,0	15,0	43,0

Teste Exato de Fisher = 0,581.

Tabela 16 - Presença de placa em prótese segundo o sexo dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000

PLACA EM PRÓTESE		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Ausente	Observados	6	2	8
	Esperados	6,7	1,3	8,0
Presente	Observados	36	6	42
	Esperados	35,3	6,7	42,0
Total	Observados	42	8	50
	Esperados	42,0	8,0	50,0

Teste Exato de Fisher = 0,378.

Tabela 17 - Presença de placa em dente segundo o grupo de idade dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000

PLACA EM DENTE		Idade (anos)		Total
		<= 80	> 80	
Ausente	Observados	2	0	2
	Esperados	1,3	0,7	2,0
Presente	Observados	25	16	41
	Esperados	25,7	15,3	41
Total	Observados	27	16	43
	Esperados	27,0	16,0	43,0

Teste Exato de Fisher = 0,389.

Tabela 18 - Presença de placa em prótese segundo o grupo de idade dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000

PLACA EM PRÓTESE		Idade (anos)		Total
		<= 80	> 80	
Ausente	Observados	3	5	8
	Esperados	3,8	4,2	8,0
Presente	Observados	21	21	42
	Esperados	20,2	21,8	42,0
Total	Observados	24	26	50
	Esperados	24,0	26,0	50,0

Teste Exato de Fisher = 0,399.

Tabela 19 - Presença de placa em dente e preço mensal cobrado pelas instituições por residente, Porto Alegre, 2000

PLACA EM DENTE		Preço (R\$)		Total
		< =800	> 800	
Ausente	Observados	0	1	1
	Esperados	0,5	0,5	1,0
Presente	Observados	18	20	38
	Esperados	17,5	20,5	38,0
Total	Observados	18	21	39
	Esperados	18,0	21,0	39,0

Teste Exato de Fisher = 0,399.

Tabela 20 - Presença de placa em prótese e preço mensal cobrado pelas instituições por residente, Porto Alegre, 2000

PLACA EM PRÓTESE		Preço (R\$)		Total
		< = 800	> 800	
Ausente	Observados	3	4	7
	Esperados	3,8	3,2	7,0
Presente	Observados	22	17	39
	Esperados	21,2	17,8	39,0
Total	Observados	25	21	46
	Esperados	25,0	21,0	46,0

Teste Exato de Fisher = 0,383.

Tabela 21 - Presença de placa em dente e tempo de institucionalização dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000

PLACA EM DENTE		Tempo de institucionalização (meses)		Total
		< = 24	> 24	
Ausente	Observados	0	2	2
	Esperados	0,8	1,2	2,0
Presente	Observados	17	24	41
	Esperados	16,2	24,8	41,0
Total	Observados	29	14	43
	Esperados	29,0	14,0	43,0

Teste Exato de Fisher = 0,450.

Tabela 22 - Presença de placa em prótese e tempo de institucionalização dos idosos examinados, Porto Alegre, 2000

PLACA EM PRÓTESE		Tempo de institucionalização (meses)		Total
		< = 24	> 24	
Ausente	Observados	6	2	8
	Esperados	5,6	2,4	8,0
Presente	Observados	29	13	42
	Esperados	29,4	12,6	42,0
Total	Observados	35	15	50
	Esperados	35,0	15,0	50,0

Teste Exato de Fisher = 0,549.

Tabela 23 - Presença de placa em dente e o número de cuidadores nas instituições pesquisadas, Porto Alegre, 2000

PLACA EM DENTE		Nº Cuidadores		Total
		≤ 7	> 7	
Ausente	Observados	0	1	1
	Esperados	0,4	0,6	1,0
Presente	Observados	17	25	42
	Esperados	16,6	25,4	42,0
Total	Observados	17	26	43
	Esperados	17,0	26,0	43,0

Teste Exato de Fisher = 0,360.

Tabela 24 - Presença de placa em prótese e número de cuidadores nas instituições pesquisadas, Porto Alegre, 2000

PLACA EM PRÓTESE		Nº Cuidadores		Total
		≤ 7	> 7	
Ausente	Observados	1	7	8
	Esperados	3,5	4,5	8,0
Presente	Observados	21	21	42
	Esperados	18,5	23,5	42,0
Total	Observados	22	28	50
	Esperados	22,0	28,0	50,0

Teste Exato de Fisher = 0,054.

O ANEXO 8 traz algumas ilustrações obtidas durante a realização da pesquisa.

ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO

Instituições

Constituindo a maioria das instituições geriátricas do município de Porto Alegre (MELLO, PADILHA e ROSA, 2000), as casas que abrigam até 20 idosos aumentaram consideravelmente em número desde o ano de 1979, quando do levantamento realizado por BASTIAN. Naquela época, predominavam as instituições de médio porte (16) e somente duas instituições eram de pequeno porte, no conceito atual do COREN-RS (COREN-RS, 2000). Em setembro de 2000, identificamos em nossa pesquisa 90 casas de pequeno porte, abrigando um total de 983 idosos. O aumento da oferta desse tipo de serviço nos últimos 20 anos, reflete as modificações na estrutura etária da população brasileira e sul-rio-grandense. O crescimento proporcionalmente maior do segmento formado pela população idosa tem gerado por este grupo novas e crescentes demandas por serviços que forneçam alimentação, hospedagem, e cuidados pessoais de saúde.

A inserção do cuidado de idosos em pequenas organizações com fins lucrativos vem ocupando espaços decorrentes da omissão do setor público e da insuficiência da oferta solidária destes serviços por meio de organizações do terceiro setor, mesmo de grande porte. A limitação do estudo às casas de pequeno porte procurou assim, tornar mais transparente o conhecimento do cuidado da saúde bucal de um contingente que

compõe uma das minorias desamparadas da população e que, presumivelmente, vem sendo assistido por essa nova, crescente e disseminada atividade.

As casas geriátricas que participaram da pesquisa, todas de pequeno porte e privadas, possuíam características bastante homogêneas em relação à estrutura organizacional e a de prestação de serviços. Embora constituídas sob a perspectiva do lucro, geralmente eram percebidas pelos empreendedores (proprietários, dirigentes, supervisores) como provedoras de caridade mais do que propriamente uma atividade empresarial, o que, de certo modo, acaba por comprometer a qualidade dos serviços prestados e revela um baixo grau de profissionalização na gestão. Observa-se alguma dificuldade no cumprimento dos requisitos da Portaria 810, de 1989, do Ministério da Saúde, fixando “*normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições de atendimento ao idoso*” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989b). As exigências de infra-estrutura e recursos humanos mínimos necessários implicam custos fixos que se tornam elevados para a manutenção de poucos idosos, no caso menos de 20 por unidade. Ressalta-se que o número médio de residentes em setembro de 2000, nas casas de pequeno porte (983/90) era 11. A consequência direta, também mencionada por BORN (1996), é o pouco investimento na qualificação dos cuidadores e na estruturação dos serviços para além do estritamente necessário e obrigatório.

A análise dos preços mensais médios cobrados por idoso, nas casas pesquisadas, demonstra uma grande amplitude, oscilando numa faixa que vai de um mínimo de R\$151,00 e até um máximo de R\$ 1.500,00. O preço médio ficou em R\$800,00.

Importante ressaltar que, numa mesma casa geriátrica, pode haver variação de preços. Observou-se que a qualidade dos serviços profissionais prestados não constitui o componente formador de preço mais relevante. Nesse sentido, a variável *preço cobrado* seguramente não é indicadora de melhor qualidade da atenção e cuidados prestados. O preço está associado aos aspectos materiais que diferenciam o cômodo e/ou as instalações proporcionadas a cada um e ao grau de dependência do idoso. Na mesma linha, situa-se a questão da titularidade de Alvará de Saúde expedido pela Vigilância de Serviços de Saúde do Município de Porto Alegre, que autoriza o funcionamento da instituição. O simples fato de a casa dispor desse alvará não caracterizava adequada qualidade de atenção e assistência. Ademais, o alvará tem prazo indeterminado e formalmente está associado ao cumprimento mínimo de exigências legais na data de sua concessão. Sua vigência, no entanto, pode ser cassada em consequência de ação posterior da fiscalização.

A análise dos recursos humanos em saúde disponíveis nas casas pesquisadas revela algumas deficiências especialmente no que se refere à carência de profissionais de enfermagem. A quantidade e a qualificação dos cuidadores não satisfaz a proposta do COREN-RS em relação ao dimensionamento adequado de pessoal de enfermagem, segundo o número de idosos e o nível de dependência. Além dessa proposta técnica, ressalta-se que, de acordo com a legislação que regulamenta o exercício profissional, não é permitida a realização de cuidados de enfermagem por pessoas leigas. Tal tarefa é atividade exclusiva dos titulares do diploma de Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem ou Enfermeiro. Neste estudo, constatou-se que apenas quatro casas não

admitiam leigos como cuidadores, e era prática corrente a contratação de pessoas leigas. Os achados da pesquisa, ao revelarem problemas em qualificação e quantidade de pessoal técnico, demonstram que este quadro não evoluiu significativamente desde o estudo de BASTIAN (1979).

Especificamente em relação aos serviços odontológicos, a ausência de profissionais da Odontologia, de qualquer nível, fornecendo serviços de caráter permanente, também reflete os procedimentos organizacionais e de prestação de serviços das casas pesquisadas. Se há insuficiências na contratação de pessoal no campo da enfermagem com minimização de despesas pela contratação de pessoas leigas, é natural que as casas se omitam de contratar outros profissionais de saúde, pois a internalização de custos adicionais inviabilizaria a sobrevivência do empreendimento ao nível dos preços atualmente praticados. A completa ausência de profissionais da Odontologia com compromisso de acompanhar sistemática e permanentemente o conjunto dos idosos residentes deixa ao sabor dos supervisores a interpretação do que é ou não correto fazer em matéria de cuidado odontológico. O fato não é predicado da nossa realidade. O estudo de HOAD-REDDICK e HEATH (1995), na Inglaterra, constatou que as instituições geriátricas de pequeno porte (< 18 residentes) e privadas não possuíam boa organização para a provisão do cuidado odontológico e consideravam-se auto-suficientes neste particular.

Durante a pesquisa, praticamente todos os supervisores relataram a realização de cuidado odontológico como uma rotina incorporada no rol de atividades diárias dos cuidadores e interpretada como norma de procedimento. Somente uma proprietária,

aluna do curso de graduação de Enfermagem de uma Universidade em Porto Alegre, admitiu não haver uma regra estabelecida na casa para o cuidado odontológico. Ela diz:

“Não tem assim uma regra (...) não tem assim uma coisa, até necessita, fico contente de vocês estarem aqui; quem sabe daqui pra frente se muda a conduta, né, que é necessário”.

Esta fala, na verdade, é a que melhor espelha a situação encontrada. O depoimento generalizado de que o cuidado odontológico faz parte da rotina não ultrapassa os limites da retórica enquanto responsabilidade institucional.

Assim, como descreveram KAMBHU e LEVY (1993), a responsabilidade pelo cuidado de saúde bucal nas casas ora pesquisadas também fica transferida aos cuidadores. As falas dos supervisores, adiante, retratam essa postura.

“Elas (cuidadoras) fazem a higiene oral primeiro para depois darem o banho. É feito todo o dia, todo o dia faz a higiene”.

“É orientado as gurias (cuidadoras) que elas têm que fazer toda higiene depois de todas as refeições”.

“Bom, desde que começamos o dia...no caso o trabalho das gurias (cuidadoras) (...)”.

“Elas (cuidadoras) tiram, limpam, tem assim o cuidado de limpar e a orientação que tem à noite é deixar guardado num... pote com água tal esse tipo de coisa, né”.

“(...) porque as meninas (cuidadoras) que atendem também, então aquelas que tem dentadura é elas que lavam a dentadura delas, né (...) nenhuma vó faz a escovação sozinha, sempre elas...até para ter certeza.”

Ao explicitarem em que momento são realizados os procedimentos relativos ao cuidado odontológico, percebe-se a associação dessas atividades com as refeições e a hora do banho (higiene geral). CHALMERS et al. (1996) confirmam que os cuidadores atuam no momento do banho, embora admitam ser escassa a literatura sobre o assunto. No presente estudo, a maioria dos relatos associa a realização da higiene bucal às refeições, seguida do momento do banho, e ao deitar, como se observa a seguir:

“É orientado às gurias que elas têm que fazer toda higiene depois de todas as refeições”.

“(...) funciona durante a manhã ao banho, durante o banho...elas escovam os dentes, né. Logo depois do almoço a gente lava as próteses e é escovada.

(...) é logo após as refeições só no caso, né. (...) que a gente exige mesmo é logo após a refeição que seja lavada as próteses”.

“(...) após as refeições, né, daí eles tiram, os que usam acho que é chapa, né, ou ponte, não sei exatamente o nome”.

“Pela manhã quando elas ganham o banho, né, (...). E logo após as refeições também elas dão uma escovada nos dentes delas, todas elas eu acho que é a noite que não, a noite acho que não tem, a não ser aquelas que pedem por causa da prótese.”

“(...) é feita pelo menos três vezes ao dia: de manhã, após o café da manhã na hora do banho, após o almoço e após o jantar, então é praticamente de oito em oito horas, três vezes ao dia”.

“O normal que a gente faz é de manhã quando eles acordam, depois do almoço, e antes de dormir”.

O cuidado odontológico descrito pelos supervisores consistia basicamente em algumas práticas de higiene bucal. Os meios mais utilizados e citados em ordem decrescente de frequência foram escovação de dentes, escovação de próteses, bochechos com diversas soluções, imersão de próteses e limpeza da língua. Não foram abordados outros aspectos que pudessem influenciar na condição de saúde bucal dos idosos como a motivação dos idosos para a realização de sua própria higiene (autocuidado), questões relativas ao tipo de dieta e hábitos alimentares dos idosos ou a realização de exames bucais periódicos por qualquer um dos profissionais da saúde que trabalham nas casas geriátricas.

Alguns supervisores relataram ficar em dúvida sobre a qualidade da higiene bucal realizada, não podendo garantir a sua eficácia. Assim, uma supervisora admitiu:

“Só não posso te dizer que seja uma coisa completamente rigorosa, né (...).”

Embora para os supervisores pareça claro, e com certo grau de obviedade, que o cuidado odontológico deva ser fornecido aos residentes, seu entendimento de *cuidado* restringe-se aos procedimentos de escovação de dentes e limpeza de próteses. Esta seria a responsabilidade atribuível à casa enquanto instituição. Nenhuma referência é feita a uma programação em saúde bucal ou ao apoio de um profissional cirurgião-dentista. Segundo um supervisor *“(...) existe a norma do cuidado, mas não existe aquela obrigação do...da instituição dá o dentista ou dá o cuidado de um dentista para o paciente, agora os cuidados quanto à escovação sim é nosso”*.

“(...) o cuidado que a gente tem com a parte de dente delas fica mais assim nos nossos cuidados em termos de higiene (...)”.

Raros foram os momentos em que se percebeu alguma conscientização sobre o papel da instituição, como organização responsável pelos assuntos de saúde bucal dos idosos a partir do momento da internação, como este:

“(...) se eu tenho uma casa com pessoas com a qual eu sou responsável eu acho que tenho que ter uma visão ampla deles”.

Percebe-se que a quase totalidade dos supervisores considera que a instituição não é a responsável direta por qualquer assistência ao idoso que ultrapasse os limites da hospedagem, alimentação, higiene e administração medicamentosa. Apesar disso, transferem a responsabilidade dos procedimentos de saúde bucal ora para os seus

funcionários, ora para os familiares ou até mesmo para o próprio idoso, pois “(...) *cada familiar é responsável pelo seu paciente, pelo seu idoso, né. Então eles é que dão assistência, e não a instituição, no caso aqui, né*”. “*Então a instituição não se responsabiliza pelo cuidado odontológico* (referindo-se aqui a tratamento). *A instituição se responsabiliza pela parte médica, que também vê de repente essa parte (...)*”.

Em uma casa geriátrica identificou-se a utilização de um artifício para procurar eximir a instituição de qualquer compromisso, afora aqueles assumidos no momento da internação: a assinatura de um termo de responsabilidade pelos familiares, em que se obrigam a fornecer outros serviços que não são cobertos pelo valor da mensalidade. A supervisora/proprietária relatou:

“(...) eles assinam um termo de responsabilidade quando eles internam os pacientes aqui, isso tudo traz no contrato que é uma prestação de serviço (...)”.

A Portaria 810, do Ministério da Saúde, contempla como norma programática a provisão de serviços odontológicos nas casas geriátricas. Sem força impositiva, as normas tipicamente programáticas no Brasil costumam não ser cumpridas. É o caso da atenção odontológica nos estabelecimentos geriátricos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989b).

No entanto, a proteção dos direitos das minorias e a crescente tomada de consciência dos direitos dos consumidores colocarão em evidência a discussão sobre o exercício da responsabilidade das instituições geriátricas quanto aos procedimentos de

proteção da saúde dos seus residentes. No Canadá, exemplo do que hoje se discute nos países mais desenvolvidos, o *National Clearinghouse of Family Violence*, em 1998, considerou ato de negligência institucional “*qualquer omissão direta a residentes de instituições geriátricas que cause prejuízo e prive o indivíduo de sua independência*”.

Alguns fatores que contribuem para a qualidade deficiente do cuidado podem explicar a negligência a idosos institucionalizados: a falta de políticas amplas e consistentes de atenção ao idoso; o não-cumprimento de padrões mínimos de cuidados; o fato de as casas dependerem apenas de recursos próprios para fornecer assistência; e a cultura e a organização prevalecentes nas instituições. CHUNG, MOJON E BUDTZ-JORGENSEN (2000) observam que a provisão do cuidado odontológico é influenciada também pela desinformação dos administradores de casas geriátricas em relação aos assuntos de saúde bucal dos idosos que estão sob seus cuidados.

Na eventualidade de o idoso necessitar de tratamento odontológico, a atitude padrão encontrada é o contato com os familiares para comunicar o fato e repassar a tarefa de providenciar a assistência requerida. Os estabelecimentos não se percebem responsáveis por tal encargo. Fica a cargo da família levar o idoso até o consultório de um cirurgião-dentista ou providenciar a vinda do profissional até a instituição. Assim,

“Daí a gente comunica o familiar, daí pede pro familiar vir até aqui e daí levá eles num dentista ou pede prum dentista vir até aqui, né daí fica a critério deles, né, que esse serviço a gente não dispõe, né, dentista coisa assim, então isso aí é com o familiar”.

“Quando assim alguém que apresenta algum problema que ainda, aquelas que ainda têm algum dos dentes, a gente recomenda aos familiares. Os familiares então levam a um dentista. Eu já tive gente que convocou o dentista seu, de família pra vir aqui, fazer né, olhá e tudo. Então fica a cargo da família tá, nesse ponto. Mas no restante tudo a gente tenta fazer aqui, em termos de higiene”.

“Esse tipo de problema geralmente a gente comunica primeiro aos familiares, do que o paciente tá necessitando se ele tá no caso se referindo dor ou alguma hemorragia dentária ou que quebrou uma prótese dentária. Nesse sentido a gente entra em contato com a família que primeiro vai ver como é que é um tratamento que tem que ser pago particular, tem uns que tem ainda os convênios pra pagar né, então a gente entra em contato com eles pra ver se eles têm condições de fazer esse tratamento e a gente até então acompanha o paciente até o dentista, junto com a família tudo, pra ver então o que pode ser feito e o que deve ser feito”.

O médico foi também mencionado como o profissional a quem a instituição recorreria ao constatar um problema odontológico em seus residentes. Nesses casos a primeira providência é

“(...) se chama um médico, ele examina e encaminha pro dentista e o familiar leva”.

“Aí, isso aí nós temos o nosso médico (...) geralmente é ele que a gente liga pra ele e ele que encaminha, né (...) e têm outros que têm médicos particulares até dentista tal... daí, conforme a necessidade, a gente encaminha”.

Ressalta-se aqui a importância da noção de limites e de integração a ser aplicada às áreas de conhecimento em saúde. Compartilhar informações e experiências entre os profissionais de todos os níveis de formação envolvidos no cuidado do idoso institucionalizado (médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) torna-se vital no diagnóstico de problemas e na determinação das necessidades de tratamento. A formação de uma equipe multidisciplinar de atenção e assistência e o reconhecimento da atuação de cada profissional da saúde é fundamental, quando se almeja atingir níveis ótimos de cuidado.

As dificuldades corporativas para o fornecimento do cuidado odontológico, relatadas pelos supervisores, foram também interpretadas como possíveis razões para a inacessibilidade dos idosos à atenção em saúde bucal. Os supervisores, em sua maioria proprietários, afirmaram ser de ordem financeira a maior barreira para o fornecimento de serviços qualificados de saúde bucal e pela presença de um profissional que oferecesse aconselhamento, supervisão e tratamento. Assim, as casas não internalizam custos associados ao cuidado odontológico e também não o consideram na formação de preços.

A fala a seguir expressa bem o pensamento dos supervisores que mencionaram esta questão.

“Seria mais um problema de dinheiro né, monetário, né. Realmente assim, nós temos com um encargo muito grande em termos de funcionários. Eu sou obrigada a ter auxiliar de enfermagem, eu sou obrigada a ter uma enfermeira alto-padrão responsável, tenho que ter um médico geriatra, tenho que ter uma emergência sou obrigada a ter uma nutricionista. Então tudo isso encarece muito a operacionalização da firma, sabe. Então dentista a gente realmente nem pensou, nem pensa nesses termos. Acho que é essencial mas nós não temos condições financeiras, se tivesse que ter, de manter um atendimento desses, pagá um dentista, ainda não temos. Então fica a cargo do familiar realmente.”

Permanece a visão, entre os supervisores de que o cuidado odontológico significa necessariamente a presença de um cirurgião-dentista que forneça, além de cuidados, tratamento odontológico. Ademais, está embutido e estigmatizado que esse tipo de serviço pressupõe altos custos, o que na realidade é uma premissa verdadeira, se pensarmos em termos de necessidades acumuladas de tratamento. Entretanto não é considerado o fato de que atitudes e hábitos preventivos de saúde bucal, com minimização de custos, poderiam ser realizados por outros profissionais da área odontológica ou da enfermagem, sob orientação de um cirurgião-dentista, ou pelo próprio cirurgião-dentista. O investimento preventivo em saúde bucal, ao diminuir as necessidades de tratamento, visa a propiciar maior conforto e mais qualidade de vida ao idoso institucionalizado, a custos menores.

O comportamento e a falta de cooperação das famílias também foram considerados entraves ao fornecimento da assistência odontológica aos idosos. Embora as instituições tratem de informá-las sobre as situações de urgência odontológica, os relatos enfatizam a falta de interesse da família em providenciar auxílio ao seu parente. Neste contexto, é observável a negligência de alguns familiares, omissos tanto em providenciar acompanhamento sistemático como assistência nos momentos de necessidade urgente e extrema. Os relatos sinceros dos supervisores retratam situações bastante críticas.

“A gente vê dificuldade quando a gente chama o familiar pra vim e ele não dá importância, né. Vai deixando, vai deixando passar, né a gente sabe que dor de dente é horrível ainda mais pra eles né, daí a gente depende do familiar, que o familiar venha até aqui e levem eles (...)”.

“(...) muitos idosos têm os dentinhos tudo estragado e o familiar acha que não deve investir mais, que já tão velhos e daí. É isso aí, a gente tem uma paciente que é toda tortinha, tu vê, ela tem os dentinhos tudo, tudo os caquinhos, se levasse numa emergência lá tirava tudo terminava com a infecção, mas é que ele não quer saber. O filho nem quer saber. Nem quer que fale!”.

“Colaboração da família é muito pouco, porque eles acham que depois de uma certa idade, Ana Lúcia, não vale a pena mais, eu acho uma coisa bem

importante né, mas cada cabeça uma sentença. (...) Eles não querem saber, ali na emergência não querem levar”.

“(...) mas a família realmente não se interessa. Esse aí (apontando para uma cama vazia) a família não queria extrair o dente, mas nessas alturas, já tava desenganado, quatro AVC, o que vai fazer diferença o dente? Né? E fez muita diferença, muita, né, tanto que ele durou mais cinco meses, até já foi a óbito esse paciente. Então as famílias, uma vez tendo custo e por que já tá idoso, já não tem mais...assim eles acham que já não tem que comer carne essas coisas, falta de informação, educação, de humanidade eu acho, sabe.”

“Tem alguns familiares que se negam a levar, aí eu tenho que levar né, (...) quando eu vejo que eles não vão leva, eu mesmo levo”.

Além das dificuldades corporativas e das de participação dos familiares para assegurar o cuidado odontológico, os supervisores põem em relevo aquelas inerentes à situação pessoal de cada idoso. Citaram a condição individual da saúde bucal, a cooperação e a dificuldade de locomoção como elementos capazes de criar obstáculos adicionais ao cuidado odontológico. Segundo HEGELSON e SMITH (1996), a falta de recursos, a dificuldade de locomoção dos idosos e os conceitos estigmatizados sobre saúde bucal dos idosos constituem barreiras para o atendimento odontológico e contribuem para a deficiência na higiene bucal, levando, conseqüentemente, à baixa qualidade do cuidado odontológico.

Para os supervisores, o uso de próteses totais foi visto como um facilitador da realização da higiene bucal pelo caráter removível do aparato, enquanto os dentes em estado precário dificultavam a realização da higiene.

“Aquele paciente que não tem mais dente, já tá com aquela chapa, aquela dentária inteira que daí tira e daí fica sem, então às vezes que tem os dentes e que tem as raízes dos dentes é muito difícil cuidar deles, muito difícil”.

Entretanto, mesmo para o procedimento de limpeza de dentaduras, também foram relatadas dificuldades no manejo do idoso.

“Eu já tive gente que se engasgou com a dentadura. Então as gurias têm que tirá, escová, e elas não gostam muito de tirá porque a pessoa de idade cai muito essa parte (aponta para a região a ao redor dos lábios), daí depois elas não conseguem colocá e fica aquele problema todo...”.

Os achados de CHALMERS et al. (1999), em Adelaide, são muito semelhantes às dificuldades relatadas pelos supervisores das pequenas casas geriátricas nesta pesquisa: dificuldades financeiras, desinteresse da família sobre a saúde bucal do idoso, obtenção do consentimento para atendimento odontológico e problemas cognitivos e de comportamento dos idosos.

No âmbito corporativo, a escassez de recursos financeiros, a falta de informação sobre aspectos do envelhecimento bucal e a precária interação família-instituição geriátrica parecem ser as causas explicativas da situação caótica do cuidado de saúde

bucal encontrada nas instituições. Em meio à desatenção, alguns poucos supervisores revelaram o desejo de superar tal deficiência e tentar abrir as portas da instituição para soluções alternativas. A permissão para a realização desta pesquisa já demonstrou o interesse de conhecer a atual situação para, assim, vislumbrar uma saída. Algumas alternativas foram citadas:

“(...) a menos que tivesse uma parceria, quem sabe disso aqui, uma idéia, uma condição que nos seja favorável, né, (...) eu gostaria de poder oferecer tratamento odontológico para todos de primeira, mas eu também não posso bancar isso, mas se vier uma coisa que vier somar e qualificar isso, vai ser ótimo”.

“(...) como eu tenho médico seria muito bom se eu tivesse alguém também que fosse dentista pra fazer revisão e tal (...)”

“(...) tanto que concordamos com a vinda de vocês pra ver se a gente tem alguma coisa a fazer que ajude mais os pacientes”.

Essas “parcerias” poderiam surgir pela integração de esforços da iniciativa privada, de órgãos governamentais, do terceiro setor e de instituições de ensino superior responsáveis pela formação do cirurgião-dentista.

Cuidadores

A expressão “cuidadores”, no Brasil, não possui significado ou conceituação, enquanto atividade profissional regulamentada. Para a realização do cuidado geral são

designados os profissionais de enfermagem: os de nível superior, os enfermeiros; os de nível médio, os técnicos de enfermagem; e os de nível fundamental, os auxiliares de enfermagem. Porém, não só estes profissionais prestam cuidado a idosos institucionalizados. Neste estudo, foi utilizado o conceito de “cuidador primário” - utilizado por BLANCO, em 1995 - no intuito de abranger todas as pessoas que realmente lidavam com o idoso no cotidiano, mesmo que não possuíssem formação convencional. Logo, além dos auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros, a realidade do trabalho leigo foi também considerada.

A importância da inclusão desse segmento pode ser aferida em face da sua expressiva proporção de 44,2% entre os entrevistados, ou seja, quase metade do contingente era constituído de pessoas que não receberam informação e/ou treinamento formal para a tarefa.

As características demográficas dos cuidadores revelam um público essencialmente feminino, com distribuição caracteristicamente assimétrica, pois os achados revelaram ampla variação em relação à idade (média=36 anos e DP=11 anos), tempo de experiência como cuidador de idosos variando de 2 a 276 meses (mediana=24 meses) e tempo de experiência (de trabalho) na instituição atual variando de 1 a 144 meses (mediana=12). Esse conjunto de informações mostra uma elevada rotatividade de pessoal, refletindo a baixa capacidade de retenção que a atividade possui (BORN, 1996).

Geralmente, os cuidadores relataram ser responsáveis pelo cuidado de todos os idosos da instituição, não havendo uma divisão de tarefas para que um cuidador direcionasse maior atenção a um grupo de residentes. Por isso, e ainda pelo fato de que as casas habitualmente estruturam seus serviços em três turnos de oito horas, o número médio de 13 idosos que cada cuidador referiu ter sob os seus cuidados, diariamente, deve ser lido com cautela.

Observa-se que nas casas pesquisadas havia um total de 87 cuidadores, distribuídos em três turnos de trabalho, para 151 residentes. Em consequência, o número médio de cuidadores por residente é 0,58. Sob esse aspecto, as casas cumpriam, no geral, em quantidade o número suficiente de profissionais. Eis que, segundo a normativa do COREN, uma casa com vinte residentes deve contar com um mínimo de 7 profissionais (um enfermeiro mais 6 auxiliares), o que significa uma relação de 0,35 cuidadores por idoso, relação inferior à verificada. Todavia é preciso ressaltar que a relação quantitativa encontrada não está vinculada à qualificação requerida pelo COREN-RS, pois estão computadas as pessoas leigas.

No conjunto dos cuidadores entrevistados sobressaem-se 24 deles. Esse grupo é formado por auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros que declararam ter recebido informações sobre como realizar os procedimentos de higiene geral durante sua formação. Entretanto somente 15, representando 62,5% dos profissionais de enfermagem e 34,9% de todos (43) os cuidadores pesquisados, receberam algumas instruções sobre higiene bucal no curso. Isso denota uma possível deficiência dos currículos sobre manutenção da saúde bucal dos indivíduos.

No grupo de cuidadores leigos entrevistados, 68% afirmaram ter recebido instruções sobre higiene bucal na própria instituição, do médico, dos profissionais de enfermagem ou de supervisores. Chama a atenção o fato de que 23,3% dos cuidadores pesquisados relataram nunca haver recebido qualquer informação sobre cuidados odontológicos.

Esta dura realidade se contrapõe às ponderações extraídas da literatura de que as instituições geriátricas devem cumprir um exemplar número de tarefas de atenção e assistência aos idosos, desde serviços de hotelaria até cuidados médico-hospitalares e que, para isso, devem estar preparadas não somente com estrutura e equipamentos, mas também com recursos humanos em quantidade e preparo suficientes (FRARE et al., 1997).

Na tentativa de contextualizar os procedimentos de cuidado de saúde bucal mais comumente realizados, escovação de dentes e limpeza de próteses, com outras atividades cotidianas, 88,9% dos cuidadores afirmaram realizar escovação dental dos idosos e 91,1% limpeza das próteses. Essas altas porcentagens podem denotar um sentimento de “responder aquilo que o entrevistador quer ouvir ou que é considerado ideal” e não propriamente a realidade. Até porque a porcentagem de idosos independentes não é tão baixa, e estes provavelmente realizam sua própria higiene. A administração da medicação, por exemplo, apresentou porcentagem mais baixa, porém é explicável, pois somente auxiliares, técnicos e enfermeiros podem fazê-la, fato que parece ser respeitado.

Os serviços de manicure e pedicure geralmente eram realizados por profissionais externos à instituição e, portanto, o tratamento das unhas era a atividade menos freqüente para os cuidadores. Na mesma linha, observa-se que a limpeza das próteses dentárias e a escovação dental também não constituíam tarefas realizadas com regularidade quando comparadas a outras. A vinda de profissionais de fora da instituição para prestar serviços de manicure e pedicure tem significado importante, quando comparamos esse tipo de cuidado com o cuidado de dentes e próteses. Ambos não são feitos pelo cuidador com muita regularidade, porém, para o tratamento das unhas existe uma certa garantia de que esses profissionais virão e suprirão a demanda específica dos idosos, porém não é esperada a vinda de um profissional externo à instituição para solucionar os problemas e fazer a manutenção da saúde bucal dos idosos.

Confirmando as informações dos supervisores, dos 43 cuidadores entrevistados, 36 (83,7%) afirmaram realizar a higiene bucal dos idosos. O restante justificou não realizar o cuidado por pertencer ao turno da noite, ou por auxiliar em outras atividades, como a limpeza. Alguns cuidadores do turno da noite relataram não ser responsáveis pelo cuidado odontológico dos idosos, pois, quando iniciavam seu trabalho, os cuidadores do turno da tarde já haviam preparado o idoso para dormir e, quando saíam pela manhã, os cuidadores da manhã é que assumiam as tarefas de higiene e alimentação.

Ao descreverem os cuidados de higiene bucal, alguns utilizaram a expressão “*no meu turno*”, ou seja, o cuidador falava sobre a sua conduta, mas não sabia dizer o que acontecia nos outros turnos.

“Após o banho, higiene, é feita a primeira escovação da manhã e após as refeições que é meu turno e de tarde também é retirado prótese, feita a escovação, no meu turno são duas vezes”.

Aqueles que consideraram o cuidado odontológico uma das rotinas exigidas pela instituição, esclareceram da seguinte maneira:

“(...) é todos os dias a mesma coisa, mesmo esquema, horário, sempre, sempre”.

“ (...) pelo menos aqui a gente é obrigatório fazer isso, né, pra quem cuida deles”.

“Então é tudo assim é bem regular, certinho, tudo nos seus conformes lugares”.

“Isso aí é uma norma da casa”.

Porém alguns admitiram não existir uma norma estabelecida, uma regra para os procedimentos.

“Regra, regra nós não temos. A higiene nossa eu é que faço nos plantões, é isso aí, né”.

“A minha né, cada profissional tem um sistema. (...) A gente sabe que tem que fazer não tem assim aquele horário, de acordo com a necessidade a gente faz a higiene”.

Com relação à necessidade de cuidados, outros cuidadores também ressaltaram que “*conforme a necessidade*” era tomada a iniciativa de fazer a higiene. Essa necessidade poderia ser detectada pelo cuidador ou pelo supervisor. Assim,

“(...) tem caso se a patroa vê que tá errado ou tem uma sujeirinha, ela vai lá chama a gente: “Olha tá sujo, tem que limpar”, daí a gente vai lá e limpa. Às vezes não acontece isso, que a gente já nota e limpa’.

O estudo de BLANK, ARVIDSON-BUFANO e YELLOWITZ (1996) é bastante elucidativo com relação à influência da formação profissional e educativa dos profissionais de enfermagem em diagnosticarem necessidades de saúde bucal em idosos institucionalizados. Aqueles profissionais com treinamento em saúde bucal e mais tempo de experiência em casas geriátricas obtiveram melhor desempenho. Se a realização dos procedimentos de higiene bucal é desencadeada por uma motivação relacionada ao conceito de necessidade, então, torna-se imperativo que tal conceito esteja consolidado, pautado sobre bases científicas e inculcado na mente dos cuidadores.

Os cuidadores confirmaram também os relatos dos supervisores sobre em que momento(s) do dia era realizada a higiene bucal dos residentes. A maioria relatou fazer após as refeições, o que foi considerado uma resposta previsível, e também no momento do banho. O banho então parece ser um momento privilegiado para que o cuidador faça a higiene de dentes e próteses, principalmente para aqueles idosos que não são totalmente dependentes. Estes aceitam o auxílio do cuidador na sua higiene geral e permitem a ação do cuidador com mais facilidade e menos resistência.

“(...) tu encaminha para o banho e já pega o dente junto”.

“Seria quando a gente dá banho já leva tudo pra fazer a higiene bucal”.

“Sim, a gente lava o cabelo com xampu, passa condicionador, passa perfume, passa creme, escova os dentes, bem escovados, né (...)”.

Percebe-se que há uma abordagem diferenciada do cuidado odontológico de acordo com o estado de saúde do residente, principalmente em função do seu grau de dependência. Os idosos independentes que, na prática, são autônomos para realizar a maioria das atividades da vida cotidiana, raramente eram auxiliados pelos cuidadores. Mediante a aplicação do índice de Katz, apenas 28,6 % dos idosos estudados foram considerados independentes. Os demais idosos possuíam algum grau de dependência que comprometia a realização de autocuidado, necessitando assim de ajuda profissional, conforme já previam CHALMERS et al. (1996). Sobre o assunto colheram-se as seguintes manifestações:

“Geralmente os daqui da parte de cima os que dependem de nós é a gente mesmo que faz, mas lá embaixo é eles mesmo. A maioria que fica lá em baixo são dependentes deles mesmos, então eles que escovam os dentes, eles que fazem a manutenção pra eles, né (...) os que têm os dentes normais, são os que dependem deles mesmos, que são a parte lá do piso inferior, que eles mesmo lavam, eles mesmos cuidam, então pra gente eles não se queixam de dor de dente”.

“(...) os que sabem caminhar escovam e os outros a gente escova na cama, né, no caso, ou leva na cadeira de rodas põe no banheiro e a gente escova os dentes deles”.

“Lá em cima eles escovam sozinhos, são mais lúcidos e então não permitem que a gente escove, eles mesmos escovam, é nesse sentido. Os mais dependentes a gente faz tudo”.

“Se eles sabem fazer, eles fazem. Se eles não souber fazer aquilo, eles pedem ajuda, daí eu vou lá e auxílio eles”.

“Então eu faço elas fazerem... quando não sou eu mesmo que faço, quando eu observo que alguma coisa não tá certa, não foi feita... Bom, e tem aquelas senhoras que já... ela faz a sua própria higiene, mas eu recomendo elas assim: Escove bem a língua, não precisa a escova cheia de pasta, abre bem a torneira...”

A participação restrita dos cuidadores em alguns procedimentos voltados apenas para os indivíduos que possuem alguma limitação repercute não somente na qualidade da higiene bucal desses idosos. Embora, a autonomia permitida aos idosos independentes deva ser considerada positiva, principalmente em relação à manutenção da individualidade e do respeito ao idoso (LEHR, 1999), é imprescindível o apoio também àqueles independentes. É preciso atentar que a determinação empírica da capacidade de desempenho do idoso na realização da higiene bucal é deturpada tanto pelos cuidadores como pelos próprios idosos. Deve-se ter em mente que o conceito de

capacidade funcional considera apenas o desempenho nas atividades do dia-a-dia (KATZ, 1963), assim, um indivíduo independente pode ter uma ou mais condições sistêmicas alteradas e continuar sendo considerado independente. Somadas ainda as limitações advindas do processo de envelhecimento, essas condições sistêmicas podem afetar sobremaneira a realização do autocuidado (EKELUND, 1988). Portanto a simples determinação da necessidade de auxílio baseada no nível de dependência do idoso ou na sua vontade própria, pode levar a atos de omissão e constituir negligência odontológica. A monitoração da higiene bucal de todos os idosos deve ser prevista para garantir a manutenção de níveis adequados de saúde bucal.

A restrição da assistência aos idosos portadores de limitações ou incapacitados sugere também uma falta de encorajamento a iniciativas espontâneas. É muito mais fácil e rápido tomar conta e fazer as coisas para o idoso do que fornecer os meios necessários para que ele realize sozinho suas tarefas. A falta de tempo do cuidador contribui para usurpar involuntariamente a independência, contribuindo para a infantilização dos idosos (SANTOS, 1996 e DOLINSKY e DOLINSKY, 1984). A utilização de palavras no diminutivo nas falas dos cuidadores caracteriza esta infantilização.

*“(...) mas eu acho que têm uns que tem **dentinho** assim estragado”.*

*“(...) a gente põe uma luvinha e vai lá escova o **dentinho** e devolve”.*

*“Bem alimentado, bem **cuidadinho**”.*

*“(...) mas os **dentinhos** dele tá ficando todo ruim”.*

“(...) *tem um **copinho** pra lava a boca*”.

“*Pra gente, os **bichinhos** e coisa evitá né, cheiro mal alguma coisa (...)*”

“(...) *pra dormir e deixar eles com os **dentinhos limpinhos***”.

“*Eu vejo que tem dificuldades porque os **vozinho** assim ó (...)*”.

Estas falas são traduzidas em atitudes que identificam uma analogia entre idosos e crianças, inserindo-os numa mesma classe de idade. Podem também ser interpretadas como uma subestimação do problema e do ser humano na tentativa de retorno às experiências do início da vida. As palavras de BEAUVOIR (1990) esclarecem que dissimuladamente, o cuidador manipula o idoso dependente “*oprimindo-o com cuidados exagerados que o paralisam, tratando-o com uma benevolência irônica, falando-lhe em linguagem infantil, e até mesmo trocando, por trás dele, olhares de entendimento, e deixando escapar palavras ferinas*”. DOLINSKY e DOLINSKY (1984) sugerem que os cuidadores devem evitar a comunicação do tipo “*baby talk*”, visto que atitudes de infantilização podem contribuir para a exacerbação da dependência.

Os procedimentos mais relatados envolvidos no cuidado odontológico foram escovação de dentes, escovação das próteses, limpeza das mucosas, bochecho com colutório, uso do fio dental, limpeza da língua e imersão de próteses durante a noite.

As revisões da literatura de estudos experimentais sobre métodos de higiene bucal realizadas por EGELBERG (1999) consideram os meios mecânicos eficazes na remoção de placa bacteriana, quando utilizados adequadamente. A escovação dentária é

considerada importante ferramenta para a prevenção de cárie e gengivite, quando dada ênfase a sua qualidade e não, à frequência. Os meios químicos, geralmente soluções anti-sépticas, utilizadas tanto na cavidade bucal como para imersão de próteses, podem ser considerados eficazes no controle de placa dependendo do agente antimicrobiano ativo na solução. Estudos sobre a limpeza da língua como coadjuvante à escovação dentária na redução dos níveis de placa ainda são inconclusivos.

A análise dos materiais utilizados para a realização de tais procedimentos revela como a higiene bucal ocorre na prática. Os materiais mencionados foram: escova de dente, pasta de dente, fio dental, gaze, anti-séptico bucal, bicarbonato, soro fisiológico, luvas descartáveis, algodão, pinça, bacia e toalha. Abaixo seguem alguns relatos sobre quando e como eram utilizados:

“A gente faz a higiene bucal deles, aqueles que têm prótese a gente tira, lava com a escova. Os que não têm a gente enxágua a boca por dentro, com a pasta, com...com líquido próprio para lavar”.

“A gente escova os dentes deles após eles almoçarem e à noite a gente só tira os dentes deles põe na água com Cepacol[®]”.

“As higiênes são com Cepacol[®], né, com as pessoas que não têm prótese, já não têm mais dente né, então Cepacol, soro fisiológico, algodão, pinça essas coisas tudo que a casa fornece (...) e lava bem as próteses e deixa em fusão no Cepacol[®] (...)”.

“Esses é diferente (referindo-se aos pacientes sondados) porque daí não tem... não usam prótese... também é tudo... uma pinça, uma gazezinha, aí já é diferente, é umas três vezes ao dia quando necessário a gente vê, né”.

“(...) quem usa prótese nós deixamos a prótese na... no devido recipiente com bicarbonato, depois é feita a escovação. É feita também a lavagem, né, bucal, também vai uma luvinha né, que é especial para higienizar tanto céu da boca, como a língua, (...)”.

“(...) como geralmente todos tem chapa, a gente retira a chapa, enxágua a boca com bochecho, tem uma Malva... Malvatricinã, que às vezes a gente dá uma enxaguadinha, às vezes com Cepacolã, né e às vezes simplesmente água”.

“(...) a gente tira a prótese deles né, lava bem, escova bem, quem não tem prótese a gente ajuda a escova os dentes, né passa fio dental aquilo que não sai na escova né, passa fio dental (...)”.

“(...) os que não podem escova a gente mesmo escova com escova de dente, pasta de dente, os que precisam tem Cepacolã, eles usam, no mais é isso”.

Percebe-se que é freqüente a menção do uso de colutórios na higiene bucal em situações diversas: pacientes edêntulos, pacientes com sonda naso-enteral, imersão de próteses ou simples bochechos. Talvez um dos motivos para a sobreutilização dessas soluções esteja vinculado mais ao caráter cosmético das soluções do que propriamente

aos princípios ativos antimicrobianos. Devido às precárias condições de higiene e de saúde bucal, os idosos freqüentemente apresentam halitose. No intuito de aliviar esse sinal, a prática da utilização dos colutórios pelos cuidadores pode ser vista como um paliativo, visto que para EGELBERG (1999) as soluções anti-sépticas parecem ter apenas efeito transitório (2 a 3 horas) sobre o mau hálito.

Todos os cuidadores relataram não haver problemas de escassez ou de falta de material para a realização da higiene bucal dos idosos, pois a família ou a instituição providencia o suprimento com regularidade.

Segundo CROSBY (1989), o tempo dos profissionais de enfermagem e os recursos institucionais deslocados para o cuidado odontológico estão sendo calcados na repetição, no empirismo e na ausência de embasamento científico. A preferência por materiais inadequados ou ineficientes como *swabs* de gaze ou algodão, anti-sépticos bucais sob forma de tabletes e soluções para bochecho inócuas são relatadas nos estudos de CROSBY (1989) e ADAMS (1996).

Trinta e dois por cento dos cuidadores afirmaram não possuir nenhuma dificuldade na realização do cuidado odontológico aos idosos. Entretanto, assim como no estudo de WARDH, ANDERSSON e SÖRENSEN (1997), a falta de cooperação do idoso foi a dificuldade mais evidenciada pelos cuidadores. A pouca cooperação do idoso, traduzida por atitudes negativas, mau-humor, xingamentos ou, até mesmo, agressões contra os cuidadores, desestimula aqueles que necessitam realizar a tarefa,

levando, conseqüentemente, a uma inadequada provisão do cuidado odontológico. Os cuidadores revelam,

“Quando eles tão dispostos, eles tão. Quando não... uh, uh”.

“Eles fecham a boca, né. Pra tirar a dentadura é uma dificuldade, eles fecham a boca, eles empurram a mão da gente, eles não aceitam, né. É isso. É uma dificuldade né porque paciente idoso ele acorda de manhã ele tem... tem uns que acorda já todo (bem humorado)... e outros já não”.

“Não, às vezes a dificuldade que eu sinto é de eles não querer fazer a higiene, entendeu? Por exemplo, temos uma paciente aqui que ela usa pontes de... lateral assim. Daí ele pega e aperta a boca, é muito dif..., aí tu tem que tirar com jeitinho tem que... no momento que ela se distraiu tu tem que pegá e fazer isso aí. Essa é a dificuldade que eu encontro. No mais não tem dificuldade”.

“Abrir a boca. Essa é a pior parte, né, porque eles não querem abrir, eles acham ruim, né, abrir a boca, pegar a escovinha escova, eles acham horrível, fazer o quê?”

“Ai... mais difícil eu acho aqueles que não abre a boca ou às vezes não aceitam, aí a gente tem mais dificuldade com eles”.

“Que às vezes eles não, querem entregar a prótese não querem fazê a higiene. A gente tenta, tenta, e não adianta, aí tem que deixá. Não adianta, a gente conversa, conversa e não consegue”.

“Tem uns que são mais resistentes, tem uns que acham que não precisam, não querem, de acordo muito com o humor né do dia, mas no geral assim é feito normalmente, salvo algumas resistências...”

“Sem dúvida: tirar a prótese. É terrível. Eles... tem horas que eles não querem, eles não aceitam, põe a mão na boca, eles viram pro lado, eles fazem qualquer coisa pra não tirar a prótese. Como vocês viram, né, vocês viram mesmo, é a dificuldade maior. Por que se é só o dentinho, tu escová o dentinho a gente consegue escova o dentinho deles, claro que não como deveria né, mas escova. Mas pra tirar a prótese é terrível, eles não aceitam”.

“Sim, muitas. Paciente com Alzheimer, principalmente, muita dificuldade eles são agressivos eles não abrem a boca é muito difícil fazer a higienização correta, escovação correta, é muito difícil”.

“Uma tem... a Z., a Z. ela não, bá é quase impossível escová os dentes dela, ela não deixa ela aperta, fecha a boca, ela dá tapa, ela começa a gritar, então aquela ali pra gente escová os dente dela... fazê a higiene nela é difícil. Agora da última vez a filha até tirou a prótese que aí fica... senão não dá, ela (filha) vai conversando, porque daí é filha né então aí ela

consegue tirá né, é muito difícil, a gente consegue fazer abaixo de grito. As outras não elas deixam não tem problema nenhum, escovação assim não tem problema nenhum. É difícil, custa um pouquinho, mas a gente consegue”.

Para transpor essa dificuldade de relacionamento idoso-cuidador, alguns cuidadores alegaram usar artifícios, convencendo ou distraindo a atenção do idoso de maneira a conseguir acesso à cavidade bucal ou às próteses.

“Eu vejo que tem dificuldades porque os vizinho assim ó, eles têm as manias deles, sabe, então eles gostam de chamar a atenção, às vezes até pra tirar a chapa pra limpá, tem uma hora eles não qué daí as gurias têm que tá insistindo né, conversando com eles né, daí ele quer beijo primeiro pra depois tirá, então assim a gente vê que é uma coisa dificultosa pra elas fazê né, mas com jeito, conversando com eles elas conseguem fazê tudo (rindo)”.

“(...) chegar no paciente, explicar pro paciente que tu vai tirar a prótese, pra limpar que não vai doer, né. Tem chegar e ter um pouquinho de psicologia, não vai chegar na boca do paciente e arrancar a prótese. Tem que chegar e falar pra ele o que tem que ser feito né, pra poder escovar”.

“Então a gente tem um pouquinho de dificuldade nessa parte, mas não é muito porque logo a gente vai com carinho e eles deixam a gente”.

“Ah, às vezes eles não querem né, daí tem que ter muito carinho, muito jeito, às vezes tem que deixar ela se acalmar pra gente voltar, e os que não querem não querem às vezes querem até dar na gente quando estão bem nervosos, então a gente tem que ter muita calma. Tem umas que xingam muito a gente, às vezes quando a gente tá muito deprimida a gente até chora, eu choro... o que eles falam não é verdade é por que coitados tão carente, né”.

“(…), mas nada que a gente não consiga resolver assim com um pouquinho de psicologia e carinho a gente consegue normalmente, sem maiores dificuldades”.

Outras dificuldades mencionadas pelos cuidadores relativas aos idosos foram a condição de saúde bucal, a condição de saúde geral e dificuldades de locomoção. Em relação à instituição, especificamente em relação à organização dos serviços, foram a falta de tempo dos cuidadores e o número insuficiente de funcionários para a realização de tantas tarefas. Os achados são suportados pelos estudos de LOGAN et al. (1991) e CHALMERS et al. (1996); este último enumerou um extenso rol de fatores que influenciam a provisão do cuidado odontológico a idosos institucionalizados e todos os mencionados nesta pesquisa são também contemplados.

As condições precárias de saúde bucal dos idosos, considerada uma das dificuldades, não eram objeto da interferência direta e positiva dos cuidadores em prol de uma solução. Diante dessa dificuldade ficavam impotentes, só restando encaminhar o

problema. Como relatado pelos supervisores, as soluções dos problemas de saúde bucal dos idosos são transferidas para os familiares, que ficam responsáveis por providenciar tratamento com o cirurgião-dentista da sua confiança, o que nem sempre ocorre em tempo oportuno. Os cuidadores relataram sempre respeitar a autoridade do supervisor, a quem preferencialmente primeiro comunicavam o ocorrido. Entretanto alguns cuidadores responderam não ter conhecimento sobre que atitude tomar no momento em que o idoso apresentasse algum problema dentário ou com suas próteses, seja porque nunca passaram por esta situação ou nunca foram instruídos pelos supervisores ou proprietários da casa.

“Olha isso aí eu não sei te dizer, acho que é com o familiar ou com a M. (proprietária) que falam pra ela e ela leva acho que é isso aí, que cada um tem seu dentista, não é comigo não”.

“Eu não recebi esse tipo de treinamento ainda. Não me passaram nada e confesso também que eu não posso te responder. Talvez até tenha isso que tu tenha falado, mas eu não tenho conhecimento, então essa pergunta eu deixo no ar pra ti”.

Na análise das falas dos cuidadores foram constatados concepções e conceitos errôneos em relação aos procedimentos odontológicos. Alguns exemplos,

“(...) Os que têm sonda nasoenteral não têm tanta necessidade pelo fato de que não se alimentam”.

“(...) abrem a torneira que a água, o cloro da água vai matando...coisas que eu nunca recebi de ninguém (...)”.

“(...) se eles falam pra mim que estão com alguma dor, eu venho aqui em baixo e falo com a M. (proprietária), ela me dá um remédio, aí eu chego lá dou pro paciente, primeiro dô uma escovada no dente no caso pra vê, né, se é de tirar ou se não é, daí levo o remédio dô e deixo o paciente um pouquinho, né pra vê se resolve. A maioria sempre dá certo, a gente dá e logo em seguida já passou a dor”.

Também foram detectados claros sinais de estigma sob a forma de conceitos pré-estabelecidos sobre envelhecimento e saúde bucal:

“(...) mas eu posso te dizer que assim é...um adulto normal faria quatro vezes por dia né, eles fazem duas”.

“(...) quando eu cheguei aqui eles me avisaram né, que é a mesma coisa que com a gente, né, mesma coisa que a gente”.

“Claro! Quem é que não sabe né escovar os dentes?”.

“Eu não acho dificuldade, porque a gente vai passar por isso vai ter uma pessoa que vai ter que fazer isso pra gente, então a gente tem que fazer, é necessário né,(...)”.

Estes pensamentos influenciam diretamente as práticas e as atitudes dos cuidadores e têm conseqüências importantes no bem-estar da pessoa idosa (LOGAN et al., 1991), principalmente pela pouca valorização dos aspectos da saúde bucal na vida dos idosos institucionalizados. A tomada de decisões e atitudes passa pelo conceito fundamental de necessidade, que é bastante distinto e variável entre cuidadores, familiares, dentistas, e idosos. Logo, a negligência apresenta-se na sua forma mais clara, a de nada fazer por não ser necessário. (MELLO e PADILHA, 2000)

HOGSTEL e CURRY (1999) enumeram alguns exemplos de sinais e sintomas de negligência institucional relacionados com a área odontológica: higiene deficiente, perda de próteses totais, problemas médicos não tratados e a falha em não permitir a busca de serviços fora da instituição.

É necessário refletir sobre o estigma e os dilemas que caracterizam a filosofia de atenção e assistência odontológica aos idosos institucionalizados, e repensar a necessidade de criar uma nova concepção de Odontologia, baseada numa relação forte entre instituição, cuidador, idosos e os profissionais da área. O paradigma ainda hegemônico resulta em negligência e é baseado numa cultura que determinou que *“dentistas servem para atender aqueles que têm dentes. Como velho não tem dentes, não precisam de dentistas”* (PADILHA, 1997).

A qualidade do atendimento ao idoso institucionalizado depende em grande parte dos funcionários responsáveis pelo seu cuidado pessoal, higiene e alimentação. Apesar de serem considerados fundamentais, pouco tem sido feito para a qualificação e

eventual profissionalização dessa categoria, ficando as iniciativas de seu treinamento a cargo das instituições (BORN, 1996). A simples transferência de conhecimento e informação não é suficiente para reverter de imediato as deficiências instaladas, não garantindo que as novas habilidades sejam postas em prática. WARDH, ANDERSSON e SÖRENSEN (1997) recomendaram o estímulo a atitudes positivas, treinamento, práticas e discussões. Além de corrigir conceitos e práticas errôneas, os cuidadores devem ser preparados para contornar as situações adversas que se apresentam no dia-a-dia.

É importante reforçar as boas atitudes e práticas, valorizando o senso comum, quando este apresentar pertinência acadêmica. O saber popular devidamente direcionado pode contribuir para as ações de promoção de saúde.

É necessária a adoção de uma abordagem holística no *cuidar* do idoso. Dessa maneira, a saúde bucal não seria encarada como “mais uma tarefa”, mas como “a tarefa” de *cuidar*. Segundo CROSBY (1989), a qualidade do cuidado odontológico é um bom indicador do cuidado geral fornecido ao indivíduo, ou seja, uma higiene bucal deficiente pode ser reflexo de um cuidado geral também deficiente. A promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal devem estar inseridas na rotina das instituições. O cuidado odontológico não pode deixar de ser contemplado com profissionalismo, pois a condição bucal em última instância tem repercussões diretas sobre a qualidade de vida do idoso por influenciar sua capacidade de mastigação, nutrição, fonética e de socialização (FRARE et al., 1997).

Idosos

O grau de adesão dos idosos solicitados a participar do estudo nas 12 casas pesquisadas foi bastante satisfatório. Do total de 151 idosos residentes, 19 (12,5%) não possuíam os dentes-índices ou não faziam uso de prótese total superior; 17 (11,2%) possuíam menos de 60 anos; 13 (8,6%) estavam impossibilitados de serem examinados por comprometimento da sua saúde geral; 11 (7,2%) não consentiram em participar do estudo e 7 (4,6%) estavam ausentes no momento do exame. A taxa de adesão alcançada foi 55,6%. Embora não tenha sido o escopo da pesquisa, ressalta-se a alta porcentagem de residentes que não preenchiam os requisitos para a tomada dos índices em dentes e próteses totais, bem como a alta ocorrência de indivíduos com menos de 60 anos vivendo nas instituições asilares.

Em geral a condição de higiene de dentes e de próteses totais superiores dos 84 idosos examinados, detectadas pelos índices de Silness e Løe e Ambjornsen, foi considerada ruim. A quantidade média de placa em dentes foi 2,24, portanto bastante alta numa escala de 0 a 3. Em relação às próteses, a média atingiu o valor de 7,14 numa escala de 0 a 15 e também pode ser considerada insatisfatória. Nenhum idoso possuía quantidade de placa em dentes igual a zero. Apenas três idosos não possuíam depósitos sobre a prótese. Os achados são corroborados pelos estudos de MANDERSON e

ETTINGER (1975), DAVIDSON (1979), FLOYSTRAND et al. (1982), EKELUND (1984), STUCK et al. (1989), JOKSTAD, AMBJORNSEN e EIDE (1996).

Três quartos dos idosos residentes eram do sexo feminino seguindo de perto a distribuição populacional, por sexo, do município. Em 1999, 37% dos idosos de Porto Alegre eram do sexo masculino e 63% do sexo feminino (DATASUS). Na cidade de Belo Horizonte, também as mulheres constituem a maioria das pessoas acima de 65 anos residentes em casas geriátricas, diferença cuja proporção aumenta com o avançar da idade (CHAIMOWICZ, 1998).

O tempo de institucionalização apresentou uma ampla variação, de 1 a 108 meses. Embora a média tenha sido de 2 anos aproximadamente, o desvio-padrão foi bastante alto (mais de 2 anos). Analisando o valor da mediana (12 meses) e da moda (1 mês), os números demonstram que os idosos não permanecem institucionalizados por um período muito longo de tempo. Isto pode sugerir que, em geral, a transferência do idoso para uma casa geriátrica se dá, ou nos anos finais de vida ou então, que o processo de institucionalização é um marco importante e acaba por definir a expectativa de vida do idoso, que tem seu tempo de sobrevivência diminuído por uma série de condições adversas que a institucionalização acarreta. Estas preocupações encontram forte eco no ensaio clássico de BEAUVOIR (1990) sobre a velhice.

Os dados sobre a distribuição dos idosos conforme o nível de dependência sustentam tal argumento. Setenta por cento dos idosos foram classificados como portadores de alguma dependência, condicionante de limitações na prática de suas

atividades diárias. Pode-se imaginar que, no mínimo, esses idosos necessitariam de cuidados em saúde bucal permanentemente.

A comparação entre a quantidade média de placa em dentes e em próteses em relação a *sexo, idade e tempo de institucionalização* dos idosos não demonstrou diferença estatística ($p>0,05$). A má condição de higiene bucal dos idosos examinados alcançou indiscriminadamente homens e mulheres, de qualquer idade, há muito ou há pouco tempo institucionalizados.

Também não foram estatisticamente significantes as diferenças de quantidade média de placa em relação aos aspectos institucionais *preço mensal cobrado pela casa geriátrica e número de cuidadores na instituição* ($p>0,05$). Este achado revela que os idosos examinados também não têm assegurado o bom estado de higiene bucal ainda que residam em casas que cobram preços mais elevados e/ou mantenham um corpo maior de cuidadores.

O nível de dependência foi a única variável que apresentou diferença estatística entre as médias ($p=0,024$). Idosos independentes apresentaram média de placa em dentes menor do que aqueles moderadamente dependentes ou dependentes. Não foi observada a mesma diferença entre as médias de placa em próteses.

Este resultado pode ser interpretado sob dois aspectos. O primeiro em relação à capacidade do idoso em realizar sua própria higiene bucal. Os idosos independentes, em princípio, possuiriam coordenação motora suficiente para a manutenção da higiene intra-oral (limpeza dos dentes) não necessitando ou nem mesmo permitindo o auxílio dos

cuidadores. A segunda consideração é quanto à qualidade da higiene realizada pelo cuidador. Aqueles idosos que dependem dos cuidadores para a realização da limpeza dos dentes ficam prejudicados, e conseqüentemente apresentam quantidades maiores de placa. A ausência de diferença estatística entre as médias de placa em próteses pode ser explicada pelo pouco entendimento tanto de idosos quanto de cuidadores sobre a necessidade e a importância da limpeza das próteses ou pela ineficácia dos seus procedimentos.

Pelos testes utilizados para a análise das variáveis nominais dependentes *ausência-presença de placa* e as variáveis independentes *sexo, idade, tempo de institucionalização, preço mensal da casa geriátrica e número de cuidadores na instituição* não apresentaram diferença estatística ($p > 0,05$). Nenhum dos fatores considerados parece contribuir, e assim, não influenciam sobremaneira a condição de higiene bucal dos idosos que é generalizadamente ruim.

Embora supervisores e cuidadores considerem que o cuidado odontológico seja realizado com regularidade, pode-se questionar a sua real eficácia diante dos altos níveis de placa observados tanto nos dentes quanto nas próteses dos idosos examinados. O cuidado odontológico não constitui parte integrante da rotina de cuidados das casas geriátricas pesquisadas, faltando incorporação efetiva dos procedimentos ao rol de serviços que a instituição oferece. O cuidado odontológico não segue qualquer tipo de protocolo, padronização ou normatização, sendo realizado empiricamente e, em última análise, sob a responsabilidade e critério dos cuidadores.

Os dados apurados neste estudo sugerem que os idosos institucionalizados estão sendo negligenciados permanentemente no âmbito odontológico. Essa negligência não constitui um fato social isolado, nem deve ser considerada dessa maneira para ser prevenida ou eliminada. A causa da negligência não se encontra apenas nos indivíduos, nas interações institucionais e familiares ou nas situações de injustiça social decorrente da omissão do Estado. É também uma “negligência contextual” (MORAIS, 1999) que está diretamente relacionada à maneira discriminatória e de desvalorização como a sociedade olha o idoso, bem como, ao comportamento até aqui passivo deste grupo em relação aos seus direitos. O isolamento consecutivo e a carência generalizada reforçam o risco de negligência.

Pode-se definir a negligência odontológica a idosos como a omissão ou a falha, intencional ou não, dos responsáveis pelo idoso (família, instituição e Estado) em fornecer cuidados odontológicos individualizados, procedimentos preventivos, de tratamento ou de reabilitação da saúde bucal e, que por conseqüência, comprometam a saúde ou prejudiquem a qualidade de vida do idoso.

As falas deixam transbordar situações de negligência odontológica. Na esfera institucional, “*Então a instituição não se responsabiliza pelo cuidado odontológico*” ou “*A maioria sempre dá certo, a gente dá (medicamento) e logo em seguida já passou a dor (de dente)*”; na esfera pública “*E o governo e o estado também não têm condições de, de abranger todos, né.*”; na esfera familiar “*(...) o familiar acha que não deve investir mais, que já tão velhos*”; na esfera profissional “*(...) a gente consegue escová o dentinho deles, claro que não como deveria né, mas escova*”, “*(...) eu acho que têm uns*

que tem dentinho assim estragado tipo eu no meu caso que machuca na hora de escovar(...)”ou“*(...) a gente consegue fazer abaixo de grito*” e na esfera individual “*as vezes a dificuldade que eu sinto é de eles não querer fazer a higiene*”.

Constata-se que há um longo caminho a percorrer, de caráter odontogerátrico, no sentido de contribuir para a busca de uma melhor qualidade de vida para os idosos institucionalizados.

Como bem ponderou uma supervisora, “*(...) uma vez tendo custo e por que já tá idoso, já não tem mais... assim eles acham que já não tem que comer carne essas coisas, falta de informação, educação, de humanidade eu acho, sabe*”. É uma questão de “*humanidade*”, mas não somente. É também uma questão de ciência, de formação profissional e de políticas públicas. Ademais, só a tomada de consciência das pessoas idosas em relação ao exercício de sua cidadania permitirá que afrontem os estigmas sociais e exijam um modelo de cuidado odontológico que contribua para seu viver saudável.

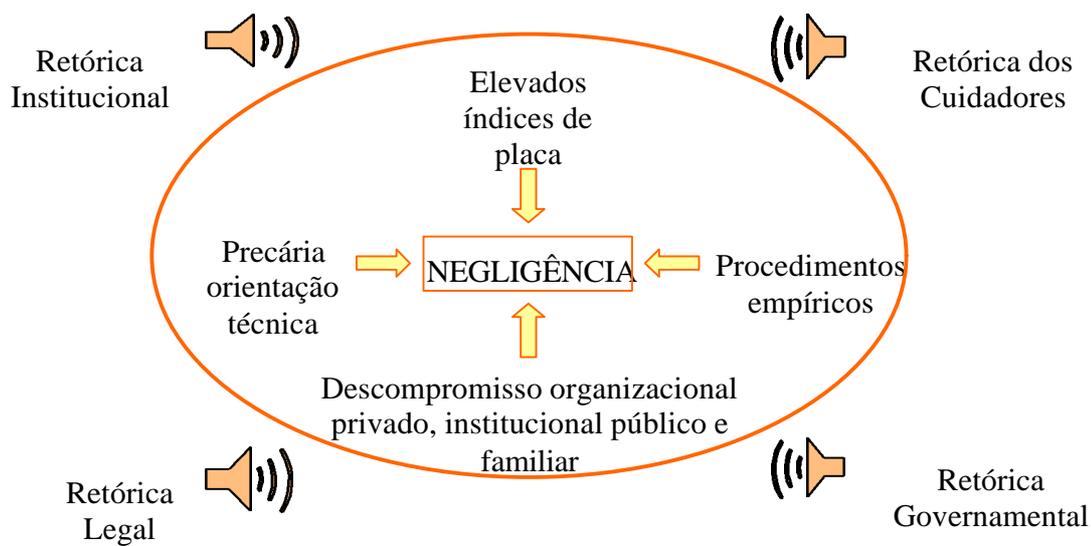
A questão da saúde bucal dos idosos examinados coloca-se em duas dimensões: a dimensão retórica, proveniente das normativas legais, dos propósitos governamentais, das diretrizes organizacionais das instituições geriátricas e das percepções e falas dos cuidadores, e a dimensão prática, entendida como o conjunto de ações (omissões) que configuram o cuidado odontológico levado a efeito no interior das instituições ou proveniente de outras intervenções, especialmente de caráter coletivo.

O que se observou é que a retórica não se articula com o cotidiano do idoso institucionalizado. Encapsulado em seu mundo, é sujeito e objeto de um cuidado odontológico deficiente, insatisfatório, revelando precária condição de higienização, fonte desencadeadora de graves processos patológicos. Acompanhando seu processo de viver pode-se notar o caráter empírico dos procedimentos de cuidado odontológico a que estão submetidos. Paralelamente é quase inexistente uma adequada orientação técnica odontogerátrica. Tal carência está diretamente associada à omissão ou falta de percepção da responsabilidade por parte das organizações empresariais privadas, dos entes públicos e até dos familiares.

Portanto, há um abismo entre “o que se diz” e “o que se faz”, retratando a incapacidade de o corpo social prover adequado e justo atendimento odontológico ao idoso institucionalizado.

Demonstrando que não se faz o que se diz, os resultados indicativos de higiene bucal dos idosos institucionalizados são bastante ruins. Este cenário configura um processo de negligência contra as pessoas idosas. É o que se procura ilustrar com o diagrama a seguir (Figura 2):

Figura 2 - A retórica, a prática e os resultados no cuidado odontológico



CONSTATAÇÕES

A investigação sobre o cuidado odontológico provido a idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte, no município de Porto Alegre/RS, permitiu à pesquisadora constatar que:

- O cuidado odontológico não segue qualquer tipo de protocolo, padronização ou normatização. É nula a presença de profissionais da odontologia na supervisão e orientação do cuidado odontológico da coletividade residente.
- Os procedimentos de saúde bucal são transferidos, em última análise, para a responsabilidade e critério dos cuidadores, por força de uma visão reducionista do processo que envolve o cuidado odontológico. Defrontada com um quadro agudo, a instituição não se percebe responsável pela provisão do cuidado odontológico.
- Supervisores e cuidadores atribuem a dificuldade de provisão do cuidado odontológico principalmente às restrições financeiras, à omissão da família, e à falta de cooperação do idoso, percebendo exclusivamente no âmbito privado obstáculos para uma atenção odontológica de qualidade.
- São empíricas as ações que permeiam o cuidado odontológico dos residentes. Os procedimentos de apoio aos idosos dependentes, assim considerados pelos cuidadores, restringem-se à escovação de dentes e limpeza de próteses totais. Os demais idosos não são motivados para a prática eficaz do autocuidado.

- O cuidado odontológico não constitui parte integrante da rotina de cuidados das casas geriátricas pesquisadas, faltando incorporação efetiva e profissional ao rol de serviços que a instituição oferece.
- O contingente predominante de cuidadores é composto por pessoas leigas, sem formação técnico-profissional. Todos os cuidadores apresentam precária qualificação em saúde bucal de idosos e exercem as tarefas segundo seu arbítrio e no limite estreito da sua formação.
- A condição de higiene bucal das pessoas idosas examinadas é ruim. Segundo os parâmetros de Sillnes e Løe, o índice de placa médio em dentes encontrado nos idosos resultou 2,24. No exame em próteses, segundo o índice de Ambjornsen, o resultado apurado atingiu 7,14.
- A má condição de higiene bucal dos idosos prevalece indiscriminadamente na população pesquisada, quando avaliada segundo as variáveis independentes *sexo, idade, tempo de institucionalização, preço mensal cobrado pela casa geriátrica e número de cuidadores na instituição*, pois não apresentaram diferença estatística significativa em relação à presença ou à quantidade de placa em dentes e em próteses. *O nível de dependência* foi a única variável que apresentou diferença estatística entre as médias ($p=0,024$). Idosos independentes apresentaram média de placa em dentes inferior àqueles moderadamente dependentes ou dependentes.

- Embora supervisores e cuidadores considerem realizar com regularidade cuidados odontológicos, os elevados índices de placa bacteriana encontrados indicam a ineficácia das práticas adotadas. Os dados demonstram um cuidado odontológico bastante insatisfatório, resultante das características empíricas dos procedimentos de higiene bucal, desassociados de adequada orientação técnica, especialmente odontogerátrica, e envolvidos num ambiente de descompromisso organizacional privado, institucional público, e até familiar. Esse cenário sugere que os idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte, em Porto Alegre, estão sendo negligenciados permanentemente no âmbito odontológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tradicionalmente no Brasil, os programas de atenção e assistência odontológicas têm privilegiado populações infantis. Graças ao enfoque preventivo, muitos avanços foram conquistados e estão refletidos na melhora dos níveis de saúde bucal desta parcela da população (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b). Entretanto as transformações demográficas pelas quais o Brasil está passando criam uma demanda crescente de um segmento populacional que até então não era considerado: o da população idosa.

Embora os idosos sejam tratados como um grupo especial ao lado dos deficientes físicos, a Política Nacional de Saúde Bucal do governo brasileiro explicita que “*sob enfoque epidemiológico*” a atenção à saúde bucal focaliza 4 grupos etários: de seis a 12 anos; de 13 a 19 anos; de dois a cinco anos e adultos. Ao não distinguir para fins epidemiológicos o grupo dos idosos, comete grave omissão. É indispensável que a programação em saúde bucal faça distinção entre a população com idade superior a 19 anos o grupo dos idosos. Assim, complementando o texto oficial, “*a essência de um programa preventivo de massa correto e eficaz*” deveria também prover ações integradas de saúde dirigidas a esse segmento da população, envolvendo programas específicos de saúde bucal para a fase idosa da vida (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989a).

De outra parte, sob o aspecto regulamentar, as normas e os padrões do Ministério da Saúde para o funcionamento de instituições geriátricas consubstanciadas na Portaria 810 de 22/9/1989, tangenciam o problema ao incluir a

“*assistência odontológica*” como dever desses estabelecimentos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989b).

Ainda no campo das intenções, a proposta de capacitação em saúde do idoso do Ministério da Saúde apresenta medidas para a mudança do modelo assistencialista de saúde vigente (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

Assim, identificar as condições de saúde bucal e as necessidades de tratamento de idosos é uma necessidade emergente. Pelo reconhecimento das demandas e carências será possível iniciar o planejamento dos serviços de saúde odontológicos que atenderão essa faixa da população. Toda programação deve estar inserida num contexto de promoção de saúde, incluindo atividades de educação permanente, procedimentos preventivos, de tratamento e de reabilitação para, conseqüentemente, evitar-se a negligência continuada. MARIÑO (1994) acentua que priorizar a atenção aos idosos não significa deixar de dar atenção a outros grupos prioritários, mas distribuir com equidade os recursos “*de acordo com a situação demográfica, epidemiológica e tecnológica*”, de hoje e do amanhã.

Da esfera legal e da retórica, urge fazer a ponte para o planejamento operacional e implementação de ações. Os programas de saúde bucal dirigidos à população idosa devem atentar que expressiva parcela do público-alvo tem limitações, por deficiências pessoais, distância ou por carência de recursos das famílias ou das instituições que os abrigam. Portanto, tais programas devem atingir não somente casas geriátricas, mas também hospitais, centros vivenciais e outras instituições em ações pró-ativas. No mesmo passo, é necessário gerar multiplicadores de conhecimento para orientar aqueles que têm sob seus cuidados pessoas idosas.

As universidades têm um importante papel a cumprir, adaptando os currículos de graduação e pós-graduação para também atender às demandas da população idosa emergente nas diferentes regiões do país. Portanto a inclusão da Odontogeriatrics, como *corpus* teórico e prático, no ensino da Odontologia, em muito contribuirá para o progresso e busca de soluções para a problemática da saúde bucal do idoso. O que se espera da Odontogeriatrics como área especial da saúde bucal é proporcionar caminhos (estratégias, políticas, técnicas) para, por meio da prevenção e cura da doença ou preservação e reabilitação da saúde bucal, melhorar a qualidade de vida do ser humano idoso, individualmente e nas suas relações com as pessoas e o meio ambiente.

Além da formação acadêmica, as universidades e outras organizações engajadas na causa do idoso também necessitam aumentar seus esforços para a implementação de projetos de pesquisa no campo da saúde bucal, capazes de respaldar científica e academicamente iniciativas e ações, públicas ou privadas, individuais ou coletivas.

Enfim, inúmeras parcerias promotoras da saúde bucal podem ser estabelecidas com a finalidade de criar e maximizar esforços conjuntos no intuito de assegurar que toda população idosa, independente do nível de renda, do local de domicílio, do grau de dependência e do estado de saúde, tenha condições de manter com qualidade seu bem maior: a vida.

Sob o pressuposto de que as patologias da cavidade bucal não são companhias inevitáveis do envelhecimento, MARIÑO (1994) ressalta que a Odontologia na América Latina enfrenta um desafio e uma oportunidade. O desafio

consiste em incorporar os idosos ao sistema de saúde odontológico e a oportunidade refere-se ao planejamento que pode ser realizado a tempo, antes que a situação atual piore.

No Brasil, nos anos que seguirão, as pessoas idosas formarão um poderoso contingente, demandando serviços ampliados e diferenciados. Se nada for feito, estaremos numa crise: sobrecarga e despreparo em atenção e assistência nos serviços de saúde bucal para essa parcela da população.

“Encontramo-nos numa encruzilhada. Uma grande parte da população tem o imenso prazer de viver mais tempo. Esses dez, vinte ou trinta anos de vida suplementares serão um privilégio ou uma escravidão, uma conquista ou uma exclusão, conforme se deseja que venha a ser; estamos no âmago de nossa responsabilidade individual e coletiva” FORETTE (1998).

SUMMARY

Demographic data confirm the Brazilian population aging phenomenon. However, these elders who enjoy more and more years of life sometimes are not living in healthy conditions. It becomes evident when oral health is analyzed. For many reasons elderly people are institutionalized to receive specialized attention and care. From a list of services offered in geriatric institutions, oral health care has not been a priority and it is common to observe gross omissions. The aim of this study was to identify the provision of oral health care to elderly people who live in small (< 20) geriatric institutions of Porto Alegre-RS, Brazil and to establish the relationship with oral hygiene conditions. Combining qualitative and quantitative methods of research, it was collected data about oral hygiene of the residents and information about oral health care with caregivers and supervisors from the 12 geriatric institutions that composed the sample. According to the caregivers and supervisors interviews, oral health care does not constitute a standardized routine and it is empirically performed under caregivers' responsibility. The mean obtained to teeth plaque scores was 2.24 (Sillnes e Løe index) and on dentures was 7.14 (Ambjornsen index). Although the interviewees considered that oral care is provided regularly, the efficacy is questioned when compared to the high plaque levels observed. Data reveals that the empirical characteristics of oral health care, when not properly followed by orientation, and the governmental, private, and familiar lack of engagement, leads to an unsatisfactory oral care and oral hygiene conditions of the institutionalized elderly people. This suggests that this population is being permanently neglected in the oral health field.

KEY-WORDS: Geriatric dentistry, elderly people, oral health care, geriatric institutions, neglect.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS W.B.; BEERS, M.H. et al. Comprehensive geriatric assessment. In: _____ . **The merck manual of geriatrics**. 2. ed. New Jersey: Whitehouse Station, 1995. cap. 17. p.224-231.

ADAMS, R. Qualified nurses lack of knowledge related to oral health, resulting in adequate oral care of patients on medical wards. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v.24, n.3, p.552-560, Sept. 1996.

AINAMO A.; ÖSTERBERG, T. Changing demographic and oral disease patterns and treatment needs in the Scandinavian populations of old people. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.42, n.5, p.311-322, Oct. 1992.

AMBJORNSEN, E. Decayed, missing and filled teeth among elderly people in a Norwegian municipality. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v.44, n.2, p.123-130, Apr. 1986.

AMBJORNSEN, E. et al. Assessment of an additive index for plaque accumulation on complete maxillary dentures. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v. 40, n.4, p.203-208, Aug. 1982.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). **Reference manual**, 1996. p.20. Disponível em: www.aapd.org/memberinfo/RefManTOC2.html Acesso em: 9 mar. 2001.

ARVIDSON-BUFANO, U.B.; BLANK, L.W.; YELLOWITZ, J.A. Nurses' oral health assessments of nursing home residents pre and post-training: a pilot study. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v. 16, n.2, p.58-64, Mar./Apr. 1996.

AXELSSON, P.; LINDHE, J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v.5, n.2, p.133-151, May 1978.

BACIERO, G.R.; GANDARIAS, F.J.G.; PÉREZ, L.M. **Oral health in the elderly in Spain**. Bilbao: Eguía, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.

BASTIAN, E.M. **Estudo do aspecto da assistência à saúde da pessoa idosa em instituições não hospitalares do município de São Paulo**. São Paulo: USP, Faculdade de Saúde Pública, 1976.

BASTIAN, E.M. **Estudo sobre a acreditação de internatos para pessoas idosas na área metropolitana de Porto Alegre – RS**. 1979. 182p. Tese (Livre Docência em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.

BEAUVOIR, S. **A Velhice**. São Paulo: Nova Fronteira, 1990.

BENKO, M.A. et al. **Critérios para o nível de dependência do cliente**. [s.l.:s.n.], 1991.

BENNETT, G. **Elder abuse: study guides in geriatric medicine**. Belfast: The Royal London School of Medicine and The Queen's University of Belfast, [199-].

BERGMAN, J.D.; WRIGHT, F.A.; HAMMOND, R.H. The oral health of the elderly in Melbourne. **Aust. Dent. J.**, St. Leonards, v.36, n.4, p.280-285, Aug. 1991.

BERKEY, D.B. et al. Research review of oral health status and services use among institutionalized older adults in the United States and Canada. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.11, n.4, p.131-136, July/Aug. 1991.

BLANCO, V.L. **An evaluation of the burden and attitude of caregivers of Alzheimer's disease patients and self-reported oral health care behaviors.** 1995. 224p. Thesis (Master of Science Degree in Dental Public Health) – Graduate College of The University of Iowa, University of Iowa, Iowa.

BLANK, L.W.; ARVIDSON-BUFANO, U.B.; YELLOWITZ, J.A. The effect of nurses' background on performance of oral health nursing home assessments pre and post-training. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v. 16, n.2, p.65-70, Mar./Apr. 1996.

BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1996. 524 p. cap.36. p. 403-414.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Secretaria da Assistência Social. Anais do I Seminário Internacional "**Envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século**", Brasília, 1996. 97p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A saúde bucal no Brasil.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/Bucal/inicial.htm> Acesso em: 25 mai. 2001b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal:** Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal e Fundação Serviços de Saúde Pública, 1998. 137 p. (Estudos e Projetos, 4).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Bucal:** princípios, objetivos, prioridades. – Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1989a. 24p. (Documentos Técnicos DNSB, 5)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989. Normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições de atendimento ao idoso, Brasília, 1989b. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. CXXVII, n.185, **27 de setembro de 1989**, seção I, p. 17.297.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Proposta de capacitação em saúde do idoso.** Disponível em: www.saude.gov.br/programas/idos/proposta.htm Acesso em: 25 mai. 2001a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº. 218, de 6 de março de 1997. Reconhecimento de profissionais de saúde de nível superior, Brasília, 1997. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. CXXXV, n.83, **5 de maio de 1997**, seção I, p.8932-8933.

BRAVO, G. et al. Correlates of care quality in long term care facilities: a multilevel analysis. **J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.**, Washington, v. 54, n.3, p.180-188, May 1999.

BRÊTAS, A.C.; OLIVEIRA, E.M. Interseções entre as áreas de conhecimento da gerontologia, da saúde e do trabalho: questões para reflexão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.8, n.2, p.59-82, ago./dez. 1999.

BREUSTEDT, A. Age-induced in the oral mucosa and their therapeutic consequences. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.33, n.3, p.272-280, Sept. 1983.

BROWN, L.J. Trends in tooth loss among U.S. employed adults from 1971 o 1985. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.125, n.5, p.533-540, May 1994.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTON. **Nursing homes residents 65 years of age and over according to age, sex, and race:** United States, 1973-74,

1985, 1995, and 1997. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchswww/data/hus99.pdf>
Acesso em: 10 jan. 2001.

CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI**: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Posgraduate, 1998. 92p.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D.B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Rev. Saúde Publ.**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 454-460, out. 1999.

CHALMERS, J. et al. Problems encountered with the organization and provision of dental care for Adelaide nursing home residents. In: ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN ASSOCIATION OF PUBLIC HEALTH DENTISTRY, 62, 1999. **Annals...**Honolulu: American Association of Public Health, 1999. p.37.

CHALMERS, J. et al. Factors influencing nurses' aides' provision of oral care for nursing facility residents. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v. 16, n.2, p.71-79, Mar./Apr. 1996.

CHUNG, J.P.; MOJON, P.; BUDTZ-JORGENSEN, E. Dental care of elderly in nursing homes: perceptions of managers, nurses and physicians. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.20, n.1, p.12-17, Jan./Feb. 2000.

COMMISSION OF ORAL HEALTH RESEARCH AND EPIDEMIOLOGY. Report of a working group. Oral health needs of the elderly – an international review. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.43, n.4, p.348-354, Aug. 1993.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – RS. **Proposta de dimensionamento de pessoal de Enfermagem em instituições gerontológicas e geriátricas**. Porto Alegre, 2000.

CROSBY, C. Method in mouth care. **Nurs. Times**, Basinstoke Hants, v.85, n.30, p.38-41, Aug. 1989.

DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br> Acesso em : 2 mai. 2001.

DAVIDSON, P.N. Survey of the dental state and needs of a group of elderly army pensioners in England. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.7, n.6, p.311-314, 1979.

DAVIES, R.; BEDI, R.; SCULLY, C. ABC of oral health: oral health care for patients with special needs. **Br. Med. J.**, London, v.321, n.7259, p.495-498, Aug. 2000.

DOLAN, T.A.; ATCHISON, K.A. Implications of access, utilization and need for oral health care by the non-institutionalized and institutionalized elderly on the dental delivery system. **J. Dent. Educ.**, Washington, v.57, n.12, p.876-878, Dec. 1993.

DOLINSKY, E.H.; DOLINSKY, H.B. Infantilization of elderly patients by health care providers. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.4, n.4, p.150-153, Jul/Aug. 1984.

DUARTE, Y.A.O. Princípios de assistência de enfermagem gerontológica. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. 524 p. cap.20. p.222-229.

EGELBERG, J. **Oral hygiene methods: the scientific way**. Malmo: OdontoScience, 1999. 291p.

EKELUND, R. Effectiveness of tooth- and denture-brushing in the disabled elderly in municipal old people's homes in Finland. **Gerodontics**, Copenhagen, v.4, n.2, p.63-65, Apr. 1988.

EKELUND, R. The dental and oral conditions and the need for dental treatment among the residents of municipal old people's homes in Finland. **Proc. Finn. Dent. Soc.**, Copenhagen, v.80, n.1, p.43-52, 1984.

ETTINGER, R.L. Attitudes and values concerning oral health and utilization of services among the elderly. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.42, n.5, p.373-84, Oct.1992.

ETTINGER, R.L.; MULLIGAN, R. The future of dental care for the elderly population. **J. Calif. Dent. Assoc.**, Sacramento, v.27, n.9, p.687-692, Sept. 1999.

FELDER, R.; HELM, A., KOENIG, V. Elder abuse. **Gerodontology**, Copenhagen, v.2, n.4, p.127-130, Aug. 1986.

FERNANDES, M.G.M. Avaliação da capacidade funcional em idosos. **Nursing**, São Paulo, v.2, n. 13, p.26-29, jun. 1999.

FLOYSTRAND, F. et al. Oral status and acceptance of dental services among some elderly persons in Oslo. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v. 40, n.1, p.1-8, Feb.1982.

FORETTE, F. **A revolução da longevidade**. São Paulo: Globo, 1998. 183p.

FRARE, S.M. et al. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v.51, n.6, p.573-76, nov./dez. 1997.

GRABOWISKI, M.; BERTRAM, U. Oral health status and need of dental treatment in the elderly Danish population. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.3, n.3, p.108-114, May 1975.

HAUGEN, L.K. Biological and physiological changes in the ageing individual. **Int. Dent. J.**, Guilford, v.42, n.5, p.339-48, Oct.1992.

HEATH, R.M. The dental health of elderly people in Britain, 1968 to 1988. **Int. Dent. J.**, Guilford, v.42, n.5, p.399-402, Oct. 1992.

HEGELSON, M.J.; SMITH, B.J. Dental care in nursing homes: guidelines for mobile and on site care. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v. 16, n.4, p.153-64, July/Aug. 1996.

HILDEBRANDT, G.H. et al. Comparison of the number and type of dental functional units in geriatric populations with diverse medical backgrounds. **J. Prosthet. Dent.**, St. Louis, v.73, n.3, p.253-61, Mar. 1995.

HOAD-REDDICK, G.; HEATH, J.R. Identification of elderly in particular need: results of a survey undertaken in residential homes in the Manchester area. **J. Dent.**, Guilford, v.23, n.5, p. 273-279, Oct. 1995.

HOFHECKER, G. The physiology and pathophysiology of ageing. **Int. Dent. J.**, Guilford, v.33, n.3, p.251-161, Sept.1983.

HOGSTEL, M.O.; CURRY, L.C. Elder abuse revisited. **J. Gerontol. Nurs.**, Thorofare, v. 25, n.7, p.10-18, July 1999.

HOLM-PEDERSEN, P.; AGERBAEK, N.; THEILADE, E. Experimental gingivitis in young and elderly individuals. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v.2, n.1, p. 14-24, Feb. 1975.

HUGOSON, A. et al. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden in 1973 and 1983 II. A review of a clinical and radiographic findings. **Swed. Dent. J.**, Jönköping, v.10, n.5, p.175-94, 1986.

ISAKSSON, R. et al. Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for elderly. Part II: Clinical aspects. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.20, n.3, p.109-113, May/June 2000.

ISMAIL, A. et al. Types of root caries lesions in an elderly institutionalized population. **J. Dental Res.**, Alexandria, v.69, Sp.Is., p.330, 1990.

JOKSTAD, A.; AMBJORNSEN, E.; EIDE, K.E. Oral health in institutionalized elderly people in 1993 compared with in 1980. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v.54, n.5, p.303-308, Oct. 1996.

JORGENSEN, J.E. A dentist's social responsibility to diagnose elder abuse. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.12, n.3, p.112-115, May/June 1992.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Publ.**, São Paulo, v.21, n.3, p.200-210, jun.1987.

KALK, W.; de BAAT, C.; MEEUWISSEN, J.H. Is there a need for gerodontology? **Int. Dent. J.**, Guildford, v.42, n.4, p.209-16, Aug. 1992.

KAMBHU, P.P., LEVY, S.M. Oral hygiene care levels in Iowa intermediate care facilities. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.13, n.5, p.209-214, Sept./Oct. 1993.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, Chicago, v.185, p.914-919, 1963.

KIYAK, H.A., MILLER, R.R. Age differences in oral health and dental service utilization. **J. Publ. Health Dent.**, Raleigh, v.42, n.1, p.29-41, Winter 1982.

KNABE, C.; KRAM, P. Dental care for institutionalized geriatric patients in Germany. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v.24, n.12, p.909-912, Dec. 1997.

LEHR, U. A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. **Estudos Interdisc. sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v.1, n.1, p.7-35, 1999.

LOGAN, H.L. et al. Common misconceptions about oral health in the older adult: nursing practices. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.11, n.6, p. 243-247, Nov./Dec. 1991.

LOUZÃ NETO, M.R. et al. O idoso, as instituições totais e a institucionalização. **Rev. Paul. Hosp.**, São Paulo, v.36, n 7-9, p. 135-143, 1986.

MACENTEE, M.I. et al. Predicting concerns for the mouth among institutionalized elders. **J. Publ. Health Dent.**, Raleigh, v.51, n.2, p.82-90, Spring 1991.

MACENTEE, M.I. Oral care for successful aging in long-term care. **J. Publ. Health Dent.**, Raleigh, v.60, n.4, p.326-329, Spring 2000.

MANDEL, I.D. Caries prevention--a continuing need. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.43, n.1, (Suppl 1), p. 67-70, Feb.1993.

MANDERSON, R.D.; ETTINGER, R.L. Dental status of the institutionalized elderly population of Edinburgh. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.3, n.3, p.100-107, May 1975.

MARIÑO, R. Oral health of the elderly: reality, myth, and perspective. **Bull. Pan Am. Health Organ.**, Washington, v.28, n.4, p.202-210, Sept. 1994.

MARTINS NETO, M.; PADILHA, D.M.P. Avaliação clínica da saúde bucal e do uso de fumo de três grupos de idosos. **Rev. Odonto Ciência**, Porto Alegre, v.3, n.31, p.53-71, dez. 2000.

MELLO, A.L.S.F.; CARCERERI, D.L; AMANTE, C.J. Odontogeriatrics: perfil das condições de saúde buco-dental de um grupo de pacientes idosos, em Florianópolis – SC. **Alcance**, Itajaí, ano V, n. 4, p.33-37, 1998.

MELLO, A.L.S.F., PADILHA, D.M.P. Instituições geriátricas e negligência odontológica. **Rev. Fac. Odontol.**, Porto Alegre, v.41, n.1, p. 44-48, jul., 2000.

MELLO, A.L.S.F.; PADILHA, D.M.P.; ROSA, M.A.C. **Casas geriátricas do município de Porto Alegre** – manual de orientação aos usuários. Porto Alegre: UFRGS, Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Odontologia, nov. 2000.

MERSEL, A.; BABAYOF, I.; ROSIN, A. Oral health needs of elderly short-term patients in a geriatric department of general hospital. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.20, n.2, p.72-74, Mar./Apr. 2000.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4.ed. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1996. 269p.

MORAIS, E.P. **Enfermagem e família**: evitando a negligência. Santa Maria: Imprensa Universitária da UFSM, 1999. 145p.

MORENO, A.B.; VERAS, R. O idosos e as instituições asilares no município do Rio de Janeiro. **Gerontologia**, São Paulo, v.7, n.4, p.167-177, 1999.

MORIGUCHI, Y. Aspectos geriátricos no tratamento odontológico. **Odontol. Mod.**, São Paulo, v.19, n.4, p.11-13, jul./ago.1992.

NATIONAL CLEARINGHOUSE OF FAMILY VIOLENCE, 1998 – Canada. **Abuse and neglect of older adults in institutional settings**. Disponível em: www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/html/neglect/english/section%202.htm
Acesso em: 20 fev. 2001.

NEVALAINEN, M.J.; NÄRHI, T.O.; AINAMO, A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in home-living elderly. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v.24, n.5, p.332-7, May 1997.

OGG, J.; BENNETT, G. Elder abuse in Britain. **Br. Med. J.**, London, v.24, n.6860, p. 998-999, Oct.1992.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Planificación y organización de los servicios geriátricos**. Ginebra: OMS, 1974. 51p. (Informes Tecnicos, 548).

PADILHA, D.M.P. **A saúde bucal de pacientes idosos**. Aspectos clínicos de um grupo de idosos ingleses e clínicos-radiográficos de um grupo de idosos brasileiros. 1997.

258p. Tese (Doutorado em Estomatologia) - Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

PADILHA, D.M.P.; de SOUZA, M.A.L. Estado dentário e edentulismo observados em dois grupos de idosos do Brasil e da Inglaterra. **Rev. Odonto Ciência**, Porto Alegre, v.12, n.24, p.67-85, dez. 1997.

PEREIRA, A.C. et al. Oral health and periodontal status in Brazilian elderly. **Braz. Dent. J.**, São Paulo, v.7, n.2, p.97-102, 1996.

PIETROKOVSKI, J. et al. Oral findings in elderly nursing home residents in selected countries I. **Gerodontology**, Mount Desert, v.9, n.3, p.67-73, Autumn 1990.

PILLEMER, K.; MOORE, D.W. Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey staff. **Gerontologist**, Washington, v.29, n.3, p.314-320, June 1989.

PINTO, V.G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIEGER, L. (org). **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. cap. 2, p.27-41.

RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.21, n.3, p.211-24, jun.1987.

RITOLI, E., KATZ; R.V., STOKES, E. Oral hygiene versus other body care services: a comparison of nurse's aides beliefs and attitudes. **J. Dent. Res.**, Alexandria, v.69, Sp.Is, p.331, 1990.

RUPP, R.P. Conditions to be considered in the differential diagnosis of child abuse and neglect. **Gen. Dent.**, Chicago, v.46, n.1, p.96-100, Jan./Feb. 1998.

SALIBA, N.A.; MARCELINO, G.; SALIBA, C.A. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. In: REUNIÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA, 14, 1997, Águas de São Pedro. **Anais...** São Paulo: SBPqO, 1997. p.203.

SANTOS, D.C. **A experiência de vida das mulheres na terceira idade residentes em instituições geriátricas**. 1996. Monografia (Graduação em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SCHNEIDER, E. L.; GURALNIK, J.M. The aging of America: impact on health care costs **JAMA**, Chicago, v.263, n.17, p.2335-2340, May 1990.

SHAY, K.; JONATHAN, A.S. The importance of oral health in the older patient. **J. Am.Geriatric. Soc.**, Baltimore, v.43, n.12, p.1414-1422, Dec. 1995.

SILNESS, J.; LÖE, H. Periodontal disease in pregnancy II: correlation between oral hygiene and periodontal condition. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v.22, n.2, p. 121-135, Feb. 1963.

SILVA, S.R.C.; VALSECKI JÚNIOR, A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Rev. Panam. Salud Publ.**, Washington, v.8, n.4, p.268-271, Oct. 2000.

SILVERMAN, S. Geriatric and tissue changes: problem of the aging denture patients. **J. Prosthet. Dent.**, St. Louis, v.8, n.5, p.735-39, Sept./Out. 1958.

SIMONS, D.; KIDD, E.A.; BEIGHTON, D. Oral health of elderly occupants in residential homes. **Lancet**, London, v.353, n.9166, p.1761, May 1999.

SLADE, G.D. et al. Differences in oral health status between institutionalized and non-institutionalized older adults. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.18, n.5, p.272-276, Oct. 1990.

SMITH, J.M., SHEIHAM, A. How dental conditions handicap the elderly. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.7, n.6, p.305-310, 1979.

SMITH, J.M.; SHEIHAM, A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. **Community Dent Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.8, n.7, p.360-364, Oct. 1980.

STEEN, B. Common diseases, functional disorders and medication among the elderly. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.42, n.5, p.335-38, Oct. 1992.

STRAYER, M. Oral health for homebound and institutionalized elderly. **J. Calif. Dent. Assoc.**, Sacramento, v.27, n.9, p.703-708, Sept. 1999.

STUCK, A.E. et al. Dental treatment needs in an elderly population referred to a geriatric hospital in Switzerland. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 17, n.5, p.267-272, Oct. 1989.

THOMAS, A. Nursing care study. Complicated surgery: Mary won her battle--at 74! **Nurs Mirror.**, London, v. 15 , n. 20, p.39-40, Nov. 1979.

TRYON, A.F. A model for integrating geriatric education into the dental curriculum. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.1, n.3, p.114-121, May./June 1981.

UNITED NATIONS POPULATION DIVISION. **World population prospects: the 1998 revision.** Disponível em: <http://www.popin.org/pop1998/8.htm> Acesso em: 25 jan. 2001.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Oral health in America: A report of the Surgeon General – Executive Summary.** Rockville, MD US Department and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of health, 2000. Disponível em: <http://www.nidcr.nih.gov/sgr/execsumm.htm> Acesso em: 19 jan. 2001.

VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Públ.**, SãoPaulo, v.21, n.3, p.225-33, jun. 1987.

VIGILD, M. Dental caries and need for treatment among institutionalized elderly. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.17, n.2, p.102-105, Apr. 1989.

VIGILD, M. Oral health care programs for elderly in Scandinavia. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.42, n.5, p.323-29, Oct. 1992.

VIGILD, M.; BRINCK, J.J.; CHRISTENSEN, J. Oral health and treatment needs among patients in psychiatric institution for the elderly. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.21, n.3, p.169-171, June 1993.

WALDOW, V.R. Determinação do nível de dependência em enfermagem junto a idosos institucionalizados de Porto Alegre/RS. **Rev. Gaúcha Enf.**, Porto Alegre, v.8, n.1, p.46-73, 1987.

WARDH, I.; ANDERSSON, L.; SÖRENSEN, S. Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. **Gerodontology**, Mount Desert, v.14, n.1, p.28-32, July 1997.

WARREN, J.J.; KAMBHU, P.P.; HAND, J.S. Factors related to acceptance of dental treatment services in a nursing home population. **Spec. Care Dentist.**, Chicago, v.14, n.1, p.15-20, Jan./Feb. 1994.

WERNER, C.W. et al. Odontologia geriátrica. **Rev. Fac. Odontol. Lins**, Lins, v.11, n.1, p.62-70, jan./jun. 1998.

ANEXOS

ANEXO 1

Instituições geriátricas de pequeno porte do município de Porto Alegre,
setembro/2000.

NOME	ENDEREÇO	TELEFONE	Nº DE IDOSOS
COMPANHIA DA VOVÓ	ADÃO BAINO, 587	33627451	12
PENSIONATO DA III IDADE PADRE RÉUS	ALAN KARDEC, 145	-	-
CASA DO ARTISTA RIO-GRANDENSE	ANCHIETA, 280	32254196	-
CASA DE REPOUSO ANITA GARIBALDI	ANITA GARIBALDI, 1510	33283377	12
PENSIONATO LAR ESPERANÇA	APARÍCIO BORGES, 1064	33154683	14
GERIATRIA XALLÉ SANTA ANA	APARÍCIO BORGES, 669	33397958	10
LAR DOM GUANELA	ARY TARRAGÔ, 1281	33475492	07
RESIDENCIAL GERIÁTRICO NOVO LAR	BARÃO DE SANTO ANGELO, 406	32229379	10
GERIATRIA SANTA RITA DE CÁSSIA	BARÃO DE UBA, 40	33331445	12
GERION CLÍNICA GERIÁTRICA	BARÃO DO GOTEGIPE, 149	33370514	20
LAR N. S. DOS NAVEGANTES	BARTOLOMEU DIAS, 420	33405528	16
O LAR CLÍNICA GERIÁTRICA	BORDINI, 920	33311100	10
GERIATRIA LIANE LUFT	BRIGADEIRO SILVEIRA NERY, 175	33256127	18
GERIATRIA SANTA SARA	CALDRE FIÃO, 658	32194937	15
RESIDENCIAL ZONA SUL	CAMPOS VELHO, 686	32492878	17
VILLA RESIDENCE	CARIRI, 570	32244171	12
PENSIONATO LAR DA AMIZADE	CARVALHO DE FREITAS, 1335	33166813	10
CASA DE REPOUSO DOUTORA GENI	CAVALHADA, 3410	32469842	20
LAR OTÍLIA CHAVES	CAVALHADA, 3800	32492786	20
ALDERETE LOUZADA	CINCO DE NOVEMBRO, 56	32411322	13
CLÍNICA GERIÁTRICA BOM CONSELHO	CLEMENTE PINTO, 914	33368992	11
RESIDENCIAL RIO BRANCO	CÔNEGO VIANA, 156	33311596	10
RESIDENCIAL GERIÁTRICO PEDRA REDONDA	CORONEL MARCOS, 1322	32411322	19
GERIATRIA NOVO MUNDO	COSTA, 271	32317530	14
GERIATRIA SÃO JORGE	DEZENOVE DE ABRIL, 222	33345178	16
RESIDENCIAL GERIÁTRICO SIMAL	EMILIO LUCIO ESTEVES, 139	33451792	04
GERIATRIA DE CASA	EMÍLIO MAYER, 60	32667383	0
GENILVA DA SILVEIRA SELISTER	ERNESTO DA FONTOURA, 974	33409397	17
GERIATRIA CANTINHO DOS VOVÔS	ESTRADA SERRARIA, 1840	32484980	07
GERION MOINHOS	FELICÍSSIMO DE AZEVEDO, 332	33438268	18

PENSIONATO III IDADE	FELIZARDO FARIAS, 140	32175463	12
CLÍNICA GERIÁTRICA BEM VIVER	GLENIO PERES, 120	32484385	08
GERIACLIN CLÍNICA GERIÁTRICA	GOMES CARNEIRO, 242	32239470	12
CASA DE REPOUSO SANTA HELENA	GREGÓRIO DA FONSECA, 94	32412577	18
RESIDENCIAL GERIÁTRICO RAIO DE SOL	ITAPEVA, 51	33615348	14
HOSPEDAGEM E REPOUSO ARTE DE VIVER	ITAQUI, 206	33211948	10
CASA DE REPOUSO N S ^a AUXILIADORA	JACKSON DE FIGUEIREDO, 1352	-	-
GERIATRIA CASA NOVA	JACUI, 192	32422885	19
INSTITUTO GERIÁTRICO EL SHADAY	JOÃO SIMPLÍCIO ALVES DE CARVALHO, 176	33471497	09
LAR BENEFICENTE SAGRADA FAMÍLIA	JOÃO VOZIA AMATO, 356	-	--
GUARALDI & GUARALDI	LIMA E SILVA, 912	32251829	05
RESIDENCIAL LIMA E SILVA	LIMA E SILVA, 949	32213726	05
VILA VICENTINA 2	LOPO GONÇALVES, 474	32258478	20
CASA DE REPOUSO SÃO JORGE	LUCAS DE LIMA, 72	32195047	11
GERIATRIA LIMA E SILVA	LUIZ AFONSO, 597	32265420	08
RESIDENCIAL GERIÁTRICO LONGA VIDA	LUIZ DE CAMÕES, 410	32336796	20
CASA DE REPOUSO SANTA CATARINA	MANAGUÁ, 124	33443526	12
MUNIR SOARES GOULART	MARANGUAPE, 179	33344735	07
PENSIONATO N S ^a APARECIDA	MARCOS FICHBEIN, 17	33400609	15
SÉRGIO ROGOWSKI	MARIA JOSÉ RODRIGUES, 68	-	-
GERIATRIA SANTA RITA DE CÁSSIA	MARIANTE, 816	33336600	18
CLÍNICA MULTI-ASSISTENCIAL GERIATRIA	MURILO FURTADO, 116	33389394	08
GERIATRIA SOLAR DA FONTE	MURTINHO, 523	33348743	03
GERIATRIA RECANTO FELIZ	NILO RUSCHEL, 100	33862678	17
IVANIR FERREIRA MANENTE	NITEROI, 580	32177431	16
VILA VICENTINA I	NOVA YORK, 755	-	-
GERIATRIA PEQUENO PRÍNCIPE	OTÁVIO DE SOUZA, 1174	32243737	03
GERIATRIA OTTO NIEMEYER	OTTO NIEMEYER, 923	32490900	06
LÚCIA VITORAZZI	PADRE ALOIS KADES, 130	-	-
CENTRO GERONTOLÓGICO SÃO VICENTE DE PAULA	PADRE JORGE SEDELMAYR, 90	33406612	17
GERIATRIA SÃO JOSÉ	PASSOS FIGUEIROA, 312	33644571	09

PENSIONATO PARA IDOSOS SANTA ANA	PAUL ZIVI, 333	33416705	15
LAR DAS VOVÓS	PAULO FONTOURA GASTAL, 214	32456061	08
CLÍNICA GERIÁTRICA BELA VISTA	PEDRO CHAVES BARCELOS, 714	33307979	14
CASA DE REPOUSO N. S. APARECIDA	PEDRO R BITENCOURT, 255	32251055	15
CASA DA NANDINHA	PERI MELO, 95	32422982	17
GERIATRIA N. S. APARECIDA	PLÍNIO BRASIL MILANO, 20	33434982	14
TANIA NUNES CAVALHEIRO	PÔLONIA, 521	33437212	06
GERIATRIA SANTA CATARINA	PROTÁSIO ALVES, 8300	33782765	20
ONUKE & BOMFIGLIO CUIDADOS GERIÁTRICOS	REIS LOUZADA, 9	33323967	13
RESIDENCIAL GERIÁTRICO PETRÓPOLIS	SACADURA CABRAL, 214	33342805	17
SOLAR DO ACONCHEGO	SACADURA CABRAL, 260	33383480	08
GERIATRIA STELA MARIS GALINA	SANTA TEREZINHA, 186	-	-
BEM ESTAR GERIÁTRICO	SANTO ANTONIO, 440	33121379	18
CLÍNICA GERIATRICA SAGRADA FAMILIA	SANTO ANTONIO, 600	33124280	03
GERICENTER	SÃO LUIZ, 640	32173311	12
CLOVANIR DIAS RODRIGUES	SÃO LUIZ, 645	32179855	08
CASA DE REPOUSO JARDIM VERDE	SAUL NONNENMACHER, 332	32461880	07
ADRIANA GODOY/ ADÃO BARCELOS DA	SETE, 80	-	-
CASA DE REPOUSO MONTE SINAI	SILVA JARDIM, 169	33352700	09
VOVOCLIN RESIDENCIAL GERIÁTRICO	SILVEIRO, 1065	32316160	19
LAR VOVÓ ARAXÁ	TERESÓPOLIS, 2828	33363020	07
NEIVA RENATA DE SOUZA (GREINSINGER)	TERESÓPOLIS, 2866	33364911	17
LAR RENASCER	TOBIAS BARRETO, 490	33397710	19
O LAR CLÍNICA GERIÁTRICA	VERIDIANO FARIAS, 46	-	-
PENSIONATO N S APARECIDA	VICENTE MONTEGGIA, 1671	32411944	17
SALUTE CLÍNICA GERIÁTRICA	VICENTE MONTEGGIA, 1730	32493544	09
GLACY ALVES MORAES	VICENTE MONTEGGIA, 526	32471149	07
R M DOS SANTOS MAS ECOLO	WALDOMIRO SCHAPKE, 105	33153408	05
GERIATRIA MARTINS	ZAMENHOFF, 260	33371605	13

LEGENDA VERDE: INSTITUIÇÕES SORTEADAS PARTICIPANTES AZUL: INSTITUIÇÕES SORTEADAS NÃO-PARTICIPANTES

ANEXO 2

Termo de Consentimento Informado - Idosos

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL
MESTRADO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE BUCAL COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO¹

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo determinar o perfil do cuidado odontológico provido a pacientes idosos institucionalizados. Uma das etapas dessa pesquisa constitui-se num exame bucal que avalia a quantidade de placa sobre os dentes.

Este exame não traz nenhum risco para a saúde, podendo ser considerado um procedimento comum e rotineiro em Odontologia.

Você tem a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo. Os seus dados confidenciais, têm a garantia do anonimato, o que assegura sua privacidade.

Eu _____

CI n° _____ residente na instituição _____

estou a par dos termos do exame ao qual estou sendo submetido, dos quais estou informado e dou pleno consentimento de execução.

Assinatura do Pesquisado

Porto Alegre, ____ / ____ / ____

¹ Ana Lúcia Ferreira de Mello - pesquisadora

ANEXO 3

Termo de Consentimento Informado – Supervisores e Cuidadores

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL
MESTRADO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE BUCAL COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO²

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo determinar o perfil do cuidado odontológico provido a pacientes idosos institucionalizados. Uma das etapas dessa pesquisa constitui-se no preenchimento de um questionário. Uma segunda etapa constitui-se de uma entrevista.

Com a sua permissão gostaríamos de gravar a entrevista e utilizar todos os dados em nossa pesquisa.

Você tem a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo. Os seus dados confidenciais tem a garantia do anonimato, o que assegura sua privacidade.

Eu _____

CI n° _____

estou a par dos termos dos questionamentos aos quais estou sendo submetido, dos quais estou informado e dou pleno consentimento de execução.

Assinatura do Pesquisado

Porto Alegre, ____ / ____ / ____

² Ana Lúcia Ferreira de Mello - pesquisadora

ANEXO 4

Questionário – Supervisores

Nome da instituição			
Ano de Fundação			
Natureza Jurídica			
Órgão Mantenedor			
Número de idosos residentes	Total		
	Feminino		
	Masculino		
Recursos Humanos	Total		
	Médico		
	Enfermeiro		
	Técnico em Enfermagem		
	Auxiliar de Enfermagem		
	Psicólogo		
	Assistente Social		
	Nutricionista		
	Cirurgião-Dentista		
	Fisioterapeuta		
	Cuidadores Primários		
Consultório Odontológico			

Data	
Nome do Entrevistado	
Cargo	

ANEXO 5

Questionário – Cuidadores

Instituição			
Idade			
Sexo	Masculino		
	Feminino		
Formação			
Número de Idosos sob seus cuidados			
Tempo de experiência como cuidador			
Tempo de experiência como cuidador nesta instituição			
Recebe(eu) instruções e/ou treinamento para higiene geral de idosos	Sim	Tipo	
	Não		
Recebe(eu) instruções e/ou treinamento para higiene bucal de idosos	Sim	Tipo	
	Não		
Possui material para realização de higiene bucal	Sim		
	Não		
Quem fornece o material para higiene bucal	Instituição	Paciente/Familiares	

	Freqüência regular
Cortar as unhas das mãos/pés	
Dar ou auxiliar o banho	
Cortar cabelo	
Pentear cabelo	
Vestir/trocar roupas	
Administração de medicação	
Auxiliar na alimentação	
Trocar fraldas	
Escovar os dentes	
Limpar as próteses dentais	

Data ____/____/____

ANEXO 6

Ficha de exame clínico – Idosos

Nome / Número	
Idade	
Sexo	
Instituição	
Data de entrada	
Data do exame	

Dentes

16	12	34	Total sup
X	X	X	
X	X	X	
X	X	X	
36	32	44	Total inf

Total Superior + Total Inferior / Número de faces examinadas =

Prótese Total

A	
B	
C	
D	
E	
Total	

ANEXO 7

Ficha Índice de Katz – Idosos

Nome	
Idade	
Sexo	
Instituição	
Data de entrada	
Data do exame	

1. Banha-se totalmente sozinho ou recebe ajuda somente em uma parte do corpo (esponja de banho, ou chuveiro)
 Sim Não

2. Escolhe as roupas e se veste sem nenhuma assistência, exceto para calçar sapatos
 Sim Não

3. Vai ao toalete, usa-o, organiza as roupas, e retorna sem nenhuma assistência (pode usar bengala ou andador como apoio)
 Sim Não

4. Deita-se ou levanta-se da cama ou senta-se em uma cadeira (pode usar uma bengala ou andador)
 Sim Não

5. Tem autocontrole do intestino (fezes) e da bexiga (urina) (sem "acidentes" ocasionais)
 Sim Não

6. Alimenta-se sem assistência (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)
 Sim Não

ANEXO 8

Ilustrações



Momento da entrevista



Refrigerante utilizado para umedecer a cavidade bucal de um idoso acamado



Cuba-rim servindo de cinzeiro



Escova e pasta de dentes “guardadas” no parapeito da janela do banheiro



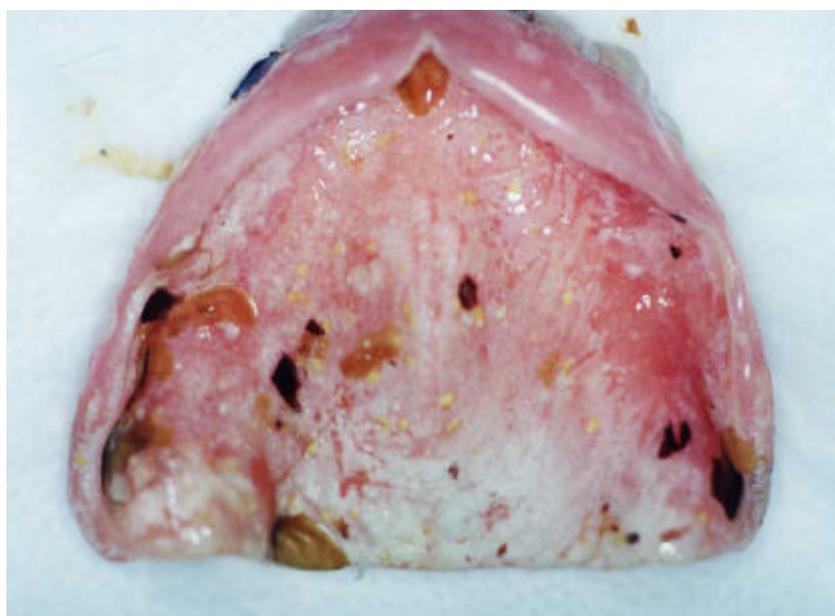
Condição de higiene dos dentes



Condição de higiene dos dentes



Condição de higiene da prótese total



Condição de higiene da prótese total

ANEXO 9

Termo de aprovação na Comissão Científica e de Ética da Faculdade de Odontologia da
UFRGS